VOL. 30 N.º 1

ANAIS BRASILEIROS
DE
DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

MARÇO DE 1955

PUBLICAÇAO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO BRASIL

A classe médica tratava a pneumonia diplocócica ... ou a faringite, a sinusite e a otite média estreptocócicas com numerosos fatores terapêuticos...

porém agora está à sua disposição o melhor tratamento com...

Doença	Sulfonamidas	Penicilina	Estreptomicina ou Diidro-Estreptomicina	Aureomicina ou Terramicina	Cloranfenicol
Pneumonia diplocócica	B	A		B	B
Faringite (estreptocócica)	B	A		B	B
Sinusite (estreptocócica)	B	A		B	B
Otite média (estreptocócica)	B	A		B	B

A — Medicamento de escolha   B — eficaz

a Penicilina, *é o antibiótico de escolha* no tratamento da maioria das doenças infecciosas bacterianas mais comuns.

A Penicilina Oral três vêzes ao dia... é fácil de ingerir, não interfere com as refeições e não interrompe o sono do paciente; economiza o tempo do médico e da enfermagem. Pelo esquema das doses de Keefer*, 200.000 unidades ou suas múltiplas, três vêzes ao dia, a despesa da terapêutica com penicilina oral é inferior a 1/3 do preço de tratamento com os antibióticos mais modernos.

*KEEFER, C.S., POSTGRAD. MED. 9:101, Fev. de 1951

feito para administrar três vêzes ao dia em doses adequados

Pentid

SQUIBB

Comprimidos de 200.000 unidades de Penicilina Squibb — Frascos de 12

Torres

QUIMICA FARMACEUTICA MAURICIO VILLELA S. A.
Caixa Postal 2881 — Rio de Janeiro

bendralan Labor
ANTIALÉRGICO
USO ORAL,
XAROPE
USO TÓPICO,
CREME
LABORTERAPICA S. A.
(Uma instituição apoiada na confiança do médico)
SANTO AMARO (SÃO PAULO)

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia
Caixa postal 389 — Rio de Janeiro

VOL. 30 MARÇO DE 1955 N.º 1

Terapêutica tópica

Moderna orientação

R. D. Azulay

Esta publicação vem a propósito da necessidade, que sentimos, de difundir ***conceitos novos*** empregados em terapêutica tópica e já utilizados, há alguns anos, em outros países. Queremos nos referir ao próblema do *veículo* que, dia a dia, sofre modificações no sentido de se tornar *"mais limpo"* e *"mais ativo"*.

Desde que surgiu a Dermatologia como especialidade, sabem os dermatólogos que a *forma do veículo* é tão importante ou mais ainda, em certos casos, que as suas *substâncias ativas*. Realmente, é desastroso o resultado, quando o *tópico*, sob certa forma, é usado inadequadamente em uma dermatose ou fase evolutiva da mesma Sabe-se que para tratar o eczema temos que variar a *forma* da medicação, no curso do tratamento, sem maiores preocupações com as substâncias ativas, dependendo a conduta das fases porque vai passando o processo. O eczema, que é um problema de todos os dias, com o qual se depara freqüentemente o clínico, pode servir de padrão exemplificador. Assim, teremos:

1) — na fase aguda, compressa permanente, que age como verdadeiro dreno;

2) — na fase subaguda, os linimentos e pastas, que, ao mesmo tempo que continuam a absorver exsudato, protegem também a pele alterada;

3) — na fase crônica, pomadas com substâncias ativas ceratoplásticas (coaltar, ácido salicílico, etc.) ou de outra natureza, conforme o tipo de eczema, pois visa-se uma ação mais penetrante e maior atividade específica.

Trabalho da Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Faculdade Fluminense de Medicina (Chefe: Prof. R. D. Azulay).

Catedrático de Dermatologia e Sifilografia na Faculdade Fluminense de Medicina. Docente-livre da mesma cadeira na Faculdade Nacional de Medicina, da Universidade do Brasil, e da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade do Distrito Federal.

Ora, o que se verifica, na prática, é o doente eczematoso piorar da sua doença porque o clínico não observou essa linha de conduta.

Há, ainda, entre os nossos clínicos, a crença de que água faz mal aos eczemas e, em conseqüência, vemos eczemas agudos serem tratados com pomadas, de modo que o manto oleoso da pomada, não sendo miscível com o exsudato, provoca uma retenção do exsudato, piorando a situação. Era, justamente, de bastante água (em geral com um antisséptico fraquíssimo) que carecia o doente; havia necessidade de drenar o exsudato durante 48 — 72 horas com o *dreno aquoso*.

Êsse exemplo é muito ilustrativo da necessidade de uma melhor indicação da forma do veículo em relação com o *aspecto objetivo* da dermatose. Daí, expormos, nesta publicação, êsse princípio, já conhecido de longa data, dando ao mesmo o nome de *princípio da adequação* parodiando Escudero, em uma de suas leis, que regem a alimentação.

Enunciaremos o *Princípio da Adequação*, da seguinte maneira: Em terapêutica tópica a forma do veículo deve estar diretamente relacionada ao aspecto objetivo da lesão e independe da etiologia da dermatose e dos princípios ativos por ventura existentes no mesmo. E' essa terapêutica *sintomática racional* que resolve uma série enorme de problemas na prática clínica.

Desde longa data as pomadas e ungüentos têm sido considerados como os veículos de maior atividade, pela sua ação de penetração. Ora, por definição, as pomadas e ungüentos são veículos oleosos, aos quais se ajuntam substâncias ativas. Das substâncias oleosas mais usadas destacam-se a vaselina e a lanolina. Todos os que lidam com a matéria sabem dos grandes inconvenientes dêsses veículos gordurosos, muitas vêzes, mesmo, repudiados pelos doentes. A tendência dominante, hoje, em certos países, como a Inglaterra, América no Norte, Holanda, Suécia e outros, é relegar para plano secundário essa *forma medicamentosa*, que passa a ser substituída, com inúmeras vantagens, pelas emulsões sobretudo do tipo óleo em água (O/A), e em certos casos do tipo água em óleo (A/O). Nas edições mais recentes das farmocopéias dêsses países já são encontrados êsses veículos em substituição à clássica vaselina-lanolina.

Emulsão nada mais é do que a mistura de dois líquidos imiscíveis, um dos quais, sob a forma de glóbulos, está disperso no outro. A primeira chama-se fase interna, descontínua ou dispersa, e a segunda tem a denominação de fase externa, contínua ou dispersiva.

Pela agitação de uma mistura de água-óleo produz-se uma emulsão instável, pois, pelo repouso, os pequenos glóbulos, resultantes da fragmentação, pela agitação, se reunem e coalescem entre si, de modo que, dentro em pouco, as duas fases estarão inteiramente separadas.

Faltou a estabilidade necessária para que aquela mistura mantivesse as suas características físicas de emulsão. Essa instabilidade, entretanto, pode ser superada pela junção de uma terceira substância — o agente emulsificante.

Agentes emulsificantes são substâncias complexas que encerram moléculas hidrofílicas e lipofílicas. Assim, o agente emulsificante serve de ponte intermediária, reunindo, sob a forma de emulsão estável, de um lado a água, pelo seu grupo hidrofílico, e, de outro lado, o óleo, pelo seu grupo lipofílico. Uma das condições para ser bom emulsificante é a distribuição equilibrada dos seus grupos hidro e lipofílicos. Há necessidade de um equilíbrio entre essas duas propriedades.

O diagrama anexo exemplifica melhor que as palavras.

As emulsões podem ser de dois tipos principais:

1) — emulsão óleo em água (O/A), na qual a fase interna, descontínua, dispersa, é o óleo, e, a fase externa, contínua, dispersiva, é a água; e

2) — emulsão água em óleo (A/O), na qual ocorre o inverso.

As emulsões têm sido estudadas exaustivamente nos países industrializados, pois o seu uso é muito mais amplo do que se pensa. Assim é que várias indústrias, como a têxtil, a de couros, tintas, produtos agrícolas, confeitarias, cerâmica e outras, têm se beneficiado, enormemente, com o melhor conhecimento das emulsões e agentes emulsificantes. Naturalmente que a nós só interessa a sua aplicação em farmácia; neste particular as emulsões têm sido usadas não só para medicamentos tópicos, mas, também, para os de uso oral e parenteral; sôbre êstes não insistiremos porque fugiria ao nosso propósito.

O mecanismo de ação dos agentes emulsificantes incide, principalmente, sôbre a tensão superficial das substâncias a emulsionar; os bons emulsificantes devem ser agentes de superfície, isto é, capazes de baixar a tensão superficial das fases, permitindo, assim, o estabelecimento da emulsão.

Além dessa capacidade de agente de superfície, deve o emulsificante, a fim de que possa ser utilizado com êxito em farmácia, ter mais as seguintes propriedades:

1) — ser um corpo estável, pois, se tende a sofrer alterações químicas, com o tempo, perderá as suas propriedades e a emulsão quebrar-se-á. Muitos dos agentes emulsificantes são sensíveis ao ataque de cogumelos e bactérias, daí a necessidade de uso de preservativos como o propil — e o metil-paraben;

2) — ser um corpo relativamente inerte, de modo a não reagir quimicamente com as substâncias ativas da fórmula, daí não se poder usar em tôdas as fórmulas o mesmo emulsificante, pois não há emulsificante que possa manter-se inerte a todos os tipos de substâncias ativas usadas em terapêutica tópica;

3) — não deve ser irritante primário e suas propriedades organolépticas devem ser compatíveis com o objetivo do seu emprêgo.

Em muitos casos há necessidade de juntar-se à emulsão um segundo agente emulsificante que se chama estabilizador.

Inúmeros laboratórios dedicam-se, com grande interêsse, ao estudo do problema, de modo que, hoje, já existem várias centenas de agentes emulsificantes.

CLASSIFICAÇÃO DOS AGENTES EMULSIFICANTES

E' baseada, sobretudo, na possível dissociação que possam sofrer quando misturados à água. Daí dois grandes grupos: emulsificantes iônicos e não iônicos.

Os emulsificantes iônicos são aquêles que, em presença da água, se dissociam em *ions* positivos ou negativos, um dos quais é o responsável pela sua propriedade emulsificante. Daí, dois subgrupos:

A — *Emulsificantes Aniônicos*: — são aquêles que devem a sua propriedade emulsificante ao anion.

De acôrdo com suas extruturas, são classificados em:

a) — *Sabões Alcalinos*, cuja fórmula geral é:

R C O O M, na qual R = cadeia hidrocarbonada e
M = sódio, potássio ou amônio.

Como exemplo, citaremos:

C_{17} H_{35} COO Na — estearato de sódio.
C_{17} H_{31} COO NH_4 — linoleato de amônio.
C_{17} H_{33} COO K — oleato de potássio.

Produzem, em geral, fracas emulsões O/A; daí a necessidade de um estabilizador.

b) — *Sabões Metálicos*, cuja fórmula geral é:

R C O O \
M na qual
R C O O /

R = cadeia hidrocarbonada
M = metal polivalente como o cálcio, magnésio e alumínio.

Produzem emulsões A/O.

c) — ***Sabões Orgânicos***, são os sabões de amônio, cujos ions H do amônio são substituidos por grupos orgânicos. Obedecem à seguinte fórmula geral:

$$R\,C\,O\,O' \quad \left[R_1 - \overset{\displaystyle R_2}{\underset{\displaystyle R_3}{N}} - R_4 \right]^{+}$$

d) — ***Compostos Sulfatados e Sulfonados***, resultam da ação do ácido sulfúrico sôbre álcoois graxos ou ácidos graxos não saturados. Se o ataque do ácido sulfúrico é relativamente pequeno, teremos os compostos sulfatados. Como exemplo, temos: $C_{12}\,H_{25}\,OH + H_2\,SO_4 \rightleftharpoons C_{12}\,H_{25}\,OSO_3\,H + H_2\,O$. Se o ataque é mais enérgico, teremos os compostos sulfonados, porque o S liga-se diretamente ao C final da cadeia alcoílica. No grupo dos álcoois graxos sulfatados, temos: o sulfato lauril de sódio (Duponol C), o sulfato lauril de trietanolamina, etc. Há necessidade, em geral, de usar um estabilizador nas emulsões dêsses agentes e o mais usado é o álcool cetílico. A cêra Lanette S X, muito usada na Inglaterra, já é uma mistura do agente emulsificante (sulfato lauril de sódio) com o estabilizador (álcool cetílico).

Dentre os sulfonados, destacamos o dioctil-sódio-sulfo-succinato (Aerosol O T).

Tanto uns como outros dão emulsões O/A, com bom poder de penetração.

B — ***Emulsificantes Catiônicos***: são os que devem as suas propriedades emulsificantes ao radical cation. Estruturalmente, são compostos nos quais N é pentavalente em um composto de amônio quaternário ou em um anel piridina ou piperidina. Dentre êles, citaremos o brometo de cetiltrimetilamônio (C.T.A.B. ou Cetavlon) e o cloreto de alkildimetilbenzilamônio (Zefiran). Além de suas propriedade emulsificantes, são bactericidas potentes e bons detergentes; com essas finalidades têm sido largamente empregados em outros países.

C — ***Emulsificantes não-iônicos***: são os que não se dissociam em presença da água. Por isso mesmo, são mais estáveis do que os emulsificantes iônicos, quando em presença de agentes terapêuticos ativos de natureza ácida ou alcalina. Daí, um maior interêsse pelos emulsificantes não iônicos em terapêutica dermatológica.

A maioria é representada por ésteres com grupos hidrofílico e lipofílico; dependendo da preponderância de um sôbre o outro, podemos dividir os emulsificantes não iônicos em quatro subgrupos:

1 — Substâncias fortemente hidrófobas, que são usadas como fracos emulsificantes do tipo A/O ou como estabilizadores; como exemplo, temos o monoestearato de glicerila.

2 — Bons emulsificantes do tipo A/O, como o monoleato de manita.

3 — Bons emulsificantes do tipo O/A, como o monestearato de polioxietileno sorbitan.

4 — Substâncias fortemente hidrofílicas, que são usadas como estabilizadores nas emulsões tipo O/A e também aumentam a viscosidade da fase aquosa, como os polietileno glicóis.

E' no grupo dos emulsificantes não iônicos que estão incluídas certas substâncias, muito usadas, presentemente, em farmácia e que têm o nome comercial de Crill (N.°s 1 a 130), na Inglaterra, e de Span (N.°s 20 a 85) e Tween (N.°s 20 a 85), nos Estados Unidos da América.

Além dêsses três tipos fundamentais de emulsificantes, temos, ainda, a considerar:

1 — Emulsificantes de origem animal: lanolina, colesterol, lecitina, caseína, etc.

2 — Emulsificantes de origem vegetal: gomas de acácia e adragante, gelose, amido, saponinas, etc.

3 — Substâncias sólidas finamente dispersas: bentonite, certos hidróxidos metálicos, etc.

INDICAÇÕES TERAPEUTICAS

As pomadas e cremes têm a sua indicação sobretudo nas dermatoses crônicas, nas quais a exsudação é mínima ou pràticamente inexistente.

São utilizadas com vários objetivos: lubrificação e proteção da pele, remoção de escamas e crostas, maior facilidade de penetração de substâncias ativas, incorporação de substâncias que são insolúveis em outros veículos, etc.

Modernamente, podemos classificar as pomadas em três tipos principais: óleos inertes, como a vaselina, emulsões A/O e O/A. A tendência moderna é para a utilização mais freqüente das emulsões O/A, devido ao maior número de vantagens. Entretanto, em certos casos podem ser usadas as emulsões A/O e, em casos mais raros, os óleos inertes. Infelizmente, entre nós, o inverso é a regra, isto é, os veículos usados na prática diária são do tipo óleo inerte, já em desuso em outros países.

PROPRIEDADES DAS EMULSÕES O/A

a) são laváveis em água, de maneira que o seu uso é muito agradável aos pacientes, pela facilidade de remoção, além de não engordurarem as roupas;

b) são mais penetrantes, de modo que haverá uma maior atividade das substâncias ativas incorporadas; por essa razão, o per-

---

Nota: Há autores que preferem usar a denominação *creme* às emulsões O/A e A/O.

centual das mesmas deve ser menor d oque os utilizados, comumente, nos veículos tipo óleo inerte, como a vaselina;

c) são mais agradáveis do ponto de vista cosmético;

d) são as preparações ideais para o couro cabeludo;

e) são, entretanto, um pouco irritantes para as peles sêcas, devido à sua capacidade desidratante.

PROPRIEDADES DAS EMULSÕES A/O

a) são lubrificantes, em virtude de sua fase externa ser o óleo e, por isso mesmo, devem ser usadas nas peles sêcas;

b) retêm o calor da pele;

c) são menos penetrantes que as O/A;

d) são usadas como veículos de antibióticos;

e) dificultam a evaporação.

PROPRIEDADES DOS ÓLEOS INERTES

a) são untuosos e, por isso mesmo, inconvenientes, do ponto de vista cosmético;

b) retêm calor;

c) impedem a evaporação;

d) são menos penetrantes do que as duas anteriores e, por isso, exigem uma maior concentração das substância medicamentosas ativas.

Do que fica exposto fácil é compreender porque as emulsões O/A estão tendo uma aceitação cada vez maior, em Dermatologia, nos países mais evoluídos. Urge, entre nós, a necessidade de encararmos êsse problema com a importância que merece.

Endereço do autor: rua 5 de Julho, 218 (Rio)

Dados estatístiscos sôbre a esporotricose
Análise de 344 casos

Floriano de Almeida, Sebastião A. P. Sampaio
Carlos da Silva Lacaz e Julieta de Castro Fernandes

A esporotricose é relativamente freqüente em nosso meio. Em 1948-49, Almeida et al. (1) registraram 194 casos na Secção de Micologia do Departamento de Microbiologia e Imunologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Anote-se, porém, que os dados estatísticos estão pròvàvelmente abaixo da realidade, pois, sendo a esporotricose fàcilmente diagnosticável e curável pelos iodetos, os médicos geralmente não recorrem aos laboratórios ou hospitais, escapando assim grande número de casos à estatística citada.

No presente estudo são analisados 344 casos de esporotricose observados na Secção de Micologia do Departamento de Microbiologia e Imunologia, na Clínica Dermatológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina e na Clínica Dermatológica do Hospital Municipal de São Paulo, até novembro de 1953. Nem sempre foi possível a obtenção de todos os dados referentes a um caso clínico de esporotricose, de tal modo que a expressão S. R. (sem referência) é anotada tôda vez que determinado dado não é apresentado.

Foram os seguintes os resultados colhidos:

Total de casos .... 344.

DISTRIBUIÇAO DE ACÔRDO COM:

Idade

Idade	Casos
0 — 10 anos	45
11 — 20 »	48
21 — 30 »	56

Trabalho apresentado na X Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros, Curitiba, dezembro de 1953.

Floriano de Almeida — Livre-docente de Microbiologia e Imunologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Sebastião A. P. Sampaio — Livre-docente de Dermatologia e Sifilografia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Carlos da Silva Lacaz — Professor catedrático de Microbiologia e Imunologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Julieta de Castro Fernandes — Técnica do Departamento de Microbiologia e Imunologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

31 — 30 »	29
41 — 50 »	28
51 — 60 »	12
61 em diante	5
S. R.	121

Sexo

Masculino	165
Feminino	148
S. R.	31

Cor

Branca	193
Preta	35
S. R.	116

Estado civil

Casado	64
Solteiro	129
Viúvo	12
S. R.	139

Nacionalidade

Brasileiros	222
Estrangeiros	29
S. R.	93

Procedência

São Paulo	222
Outros Estados	61
S. R.	61

Localização

Membros superiores	132
Face	74
Membros inferiores	24
Face e membros superiores	20
Tronco	6
Cutânea disseminada	5
Óssea	2
Glútea	1
Face e mucosa bucal	1
Córnea	1
S. R.	78

Formas clínicas

a) Linfangítica ou cutâneo-linfática	179
b) Cutânea localizada	53
Verrucosa	23
Ulcerosa e úlcero-vegetante	16
Furunculóide	5
Acneiforme	4
Tipo Kerion	2
Framboesiforme	1
Fistulosa	2
c) Mucosa	1
d) Disseminada	2
S. R.	109

Profissão

Lavradores	19
Outras profissões	125
Menores (1 a 10 anos)	45
S. R.	155

Porta de entrada do Sporotrichum Schenckii

Ferimento por:

Alfinete	1
Ácido sulfúrico	1
Arame	1
Arranhadura de gato	1
Agulha	1
Capim	1
Espinha de peixe	1
Espinhos de plantas	9
Parafuso	1
Madeira	1
Mordida de preá	1
Mordida de rato	1
Palha	4
Palhinha de panela	1
Picada de mosquito	1
Tijolo	1
Mordida de cão	1
Palha de aço	2
Gilete	1
Espremedura de espinha	3
Ferimento em pia de cozinha	1
Ferimento em jardim	2
Desastre de automóvel	1
Ferimento por unha	1

Na análise dêstes dados, o primeiro fato que chama a atenção é a relativa freqüência da esporotricose em São Paulo. A distribuição geográfica da micose, ou melhor, sua incidência geográfica, parece obedecer a condições climáticas. A esporotricose é rara em áreas semi-áridas. Nos Estados Unidos é comum nas zonas do Norte e do Centro, mas é pouco observada na Califórnia e zonas sêcas, justamente o oposto do que sucede com a coccidioidomicose como relatam Smith et al. (2). Fato que não foi por nós investigado, mas que já mereceu estudos de Mackinnon (3), entre outros, é a influência do tempo, estação do ano, grau de umidade, temperatura e época de chuvas no aparecimento de casos de esporotricose. Assim, de 32 casos dessa micose, observados no Uruguai, de 1929 a 1948, 26 foram contraídos durante os meses de abril, maio, junho e julho (outono e primeira metade do inverno). Durante êste período, foram registrados, no Uruguai, valores elevados de umidade relativa, temperatura oscilando entre 16 a 20ºC (valores médios) e chuvas repetidas. Em tais condições, segundo Mackinnon (3), o *Sporotrichum Schenckii* deve encontrar condições mais favoráveis para a sua proliferação.

O mesmo fato foi observado por Pipjer e Pullinger (4), na África do Sul, nas Minas de Ouro de Witwatersrand.

Analisando os dados obtidos, verifica-se que a esporotricose é freqüente em tôdas as idades, apresentado-se mais elevada nas três primeiras décadas da vida. Em relação ao sexo, côr e nacionalidade, não se obtiveram dados conclusivos. Interessante é a nítida predominância da micose em indivíduos residentes em zonas urbanas (93 %, nos casos em que êste dado foi obtido), ao contrário do que se observa nas outras micoses profundas.

Com referência à localização, verifica-se que a grande maioria dos casos apresentava lesões nos membros superiores, na face ou nos membros superiores e face (cêrca de 85 % dos casos).

Em relação aos aspectos clínicos, a forma mais comum é a cutâneo-linfática, seguindo-se a forma cutânea localizada, sendo raras as formas mucosas e disseminada.

Nos casos em que foi investigado o agente que determinou a solução de continuidade da pele, levando o *Sporotrichum* ao organismo, encontraram-se, como mais freqüentes, os ferimentos por espinhos de plantas e por palha.

RESUMO

Os AA. analisam dados estatísticos obtidos em 344 casos de esporotricose. Referem a relativa freqüência da micose em São Paulo, relacionada provàvelmente a condições climáticas. A análise dos dados mostra a predominância da micose nos habitantes de zonas urbanas (93 %), a localização preferencial das lesões nos membros superiores e face (85 %), a freqüência das formas linfáticas e epidérmicas e a raridade das formas disseminada e mucosa. Apresentam relação dos ferimentos que determinaram o aparecimento da micose, registrando, como mais freqüentes, os provocados por espinhos de plantas e palha.

SUMMARY

Statistical data are given for 344 cases of Sporotrichosis observed in São Paulo, Brasil. The high frequency of sporotrichosis in São Paulo may be related to the climatic conditions. Analysis of the data shows 93 per cent of all cases occuring in urban areas. The lymphatic and epidermal forms are the predominant clinical forms. The others types are very rare. Most of the cases were localized in the upper extremities and face (85 per cent). A list of injuries preceding development of the diseases is given. The most common injuries were caused by the thorns of plants and excelsior.

CITAÇÕES

1 — Almeida, F., Lacaz, C. S. e Costa, O. — Dados estatísticos sôbre as principais micoses humanas observadas em nosso meio. An. Fac. de med. da Univ. de São Paulo, 24:39,1948-49.

2 — Smith, Ch. E., Beard, R. R., Rosenberger, H. C. e Whiting, E. G. — Effect of season and dust control on Coccidioidomycosis. J.A.M.A., 132:833,1946.

3 — Mackinnon, J. E. — The dependence on the weather of the incidency of Sporotrichosis. Mycopathologia, 4:367,1949.

4 — Pipjer, C. E. e Pullinger, B. D. — An outbreak of Sporotrichosis among South-African native miners. Lancet, 213:914,1927.

Endereço dos autores: rua Tefé, 356 (São Paulo).

Estudo bacteriológico e experimental de um caso de lepra lepromatosa. Nota prévia

H. C. de Souza-Araujo

Graças è gentileza do nosso prezado consócio Professor Aleixo de Vasconcelos, que me recomendou o paciente, estou fazendo várias pesquisas, dignas do conhecimento desta Academia.

Obsrvação clínica — J. E. Oliveira, branco, de 49 anos de idade, nascido em Andrèlândia, Minas Gerais, tendo vivido por longos anos em Barra Mansa, Estado do Rio, e há três anos trabalha como doméstico, *à tout faire*, duma família numerosa, de Queluz, Estado de São Paulo, onde, apesar de se tratar dum leproso lepromatoso grave, nunca foi incomodado pelos sanitaristas de São Paulo. Examinei-o pela primeira vez a 12 de janeiro de 1954. Trata-se dum homem robusto, pesando 75 kg, casado com Iracema, mulher de 39 anos, de quem está separado. Conta que há 18 meses lhe apareceram os primeiros "nódulos" na fronte e orelhas, e sucessivamente outros e outros nos braços, flancos, nádegas, coxas e pernas. Tem os pés limpos. Hoje apresenta-se coberto de lepromas (figs. 1 e 2) desde as orelhas até às pernas e tem perfuração do septo nasal. Por êsse conjunto de sintomas estimei entre 10 e 12 anos a duração da sua lepra, que classifiquei como L3. No mesmo dia 12 de janeiro a sua baciloscopia no muco nasal e na pele das coxas foi fortemente positiva, para bacilos ácido-álcool-resistentes isolados, em feixes e em globias. Tratava-se duma "mina", hoje rara nas clínicas dermatológicas desta capital, que nos serviria para inúmeras pesquisas.

Biópsias — De 12 de janeiro a 20 de fevereiro fiz-lhe sete biópsias, extirpando-lhe 46 lepromas das orelhas, dos braços, flancos e coxas.

Histopalotogia — Da biópsia de 25 de janeiro mandei um leproma da orelha direita e outro da coxa, também direita, à Seção de Anatomia Patológica para o devido exame. Pelo relatório de 11 de fevereiro, n.º 18.942, o Dr. Eitel Duarte confirmou *Lepra lepromatosa*, nos dois fragmentos de pele, e "Pesquisa de bacilos ácido-álcool-resistentes positiva". Hoje que se voltou a admitir a *lepra mista*, que uns lepró-

---

Comunicação feita à Academia Nacional de Medicina, em 23 de setembro de 1954.

Chefe do Laboratório de Leprologia do Instituto Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.

logos chamam de *bipolar*, é conveniente fazer-se sempre o exame histopatológico em dois ou mais fragmentos de pele colhidos na cabeça, membros e tronco de cada leproso.

Imunologia — Com os lepromas dêsse paciente fabriquei mais de 40 cc de Lepromina, pelo método Mitsuda-Hayashi, da qual remeti 40 cc para Costa Rica, a pedido do seu Govêrno e o restante foi utilizado em testes no próprio doente e em vários dos seus comunicantes. A lepromino-reação feita nesse paciente, com o seu próprio antígeno e com o do Serviço Nacional de Lepra, deu resultado negativo, e positivo ++, no teste feito com a lepromina Stefansky. Esta discordância de resultados é assunto em aberto.

Bacteriologia — De 12 de janeiro a 4 de março fiz várias séries de semeaduras, em meios próprios para micobactérias, de suspensões de lepromas, pús e linfa subcutânea do paciente, tendo obtido até agora duas culturas de bacilos a.a.r., uma cromogênica (amarela) de linfa subcutânea do braço esquerdo, semeada, *in natura*, em vários tubos de Loewenstein e de caldo glicerinado. De 2 a 12 de fevereiro num tubo de Loewenstein se desenvolveu uma cultura amarela, de bacilos a.a.r. pleomórficos, pura (figs. 5, 7 e 8). De emulsão de leproma extirpado a 12/1 da coxa direita do paciente, tratada pela soda (método Petroff) e semeada 24 horas depois, após dois meses de incubação, apareceu num tubo de Loewenstein uma germinação não cromogência de bacilos a.a.r., também pura (figs. 6, 9 e 10). Estas duas amostras são inferiores, quanto à sua morfologia, propriedades corantes e patogenia, às outras amostras que obtive antes, de outros pacientes. Por vários motivos estas novas culturas serão objeto de intensivo estudo fisiológico e patológico. A cultura não cromogênica já produziu véu branco, no caldo glicerinado, cujos elementos apresentam melhor aspecto que a cultura original. Essa cultura será inoculada amanhã em Hamsters (*Cricetus auratus*) e ratos jovens. Tenho o prazer de exibir aos Srs. Acadêmicos essas culturas.

Experimentação — De 14 de janeiro a 9 de fevereiro últimos fiz inoculações em oito lotes de animais de laboratório (murídeos) com suspensões de lepromas, de pús e de triturado de barbeiros infectados no paciente. A 21 de janeiro, 4 de fevereiro e 4 de março apliquei sôbre placas lepromatosas dezenas de larvas de *Triatoma infestans* criadas no Instituto Osvaldo Cruz pelo Dr. Herman Lent (figuras 3 e 4). Do primeiro lote, mais de 30 sugaram até à repleição em 15 minutos. No dia seguinte o triturado de três revelou feixes de bacilos a.a.r. Êsse material foi semeado e inoculado. Fato paradoxal foi verificado nos outros lotes, que, apesar de sugarem, os seus exames repetidos por grupos de 3, de 3 em 3 dias, revelaram sempre resultados negativos. Suponho porque o doente estava em estado de reação leprótica, o que é também paradoxal. Entretanto, os animais inoculados com os triturados dêsses hematófagos continuam em observação, assim como as semeaduras. O reexame, hoje, dos animais inoculados que restam, pois alguns morreram acidentalmente ou em luta

entre si, mostrou alguns com extensas placas de alopécia e outros com pequeninos nódulos inguinais.

Do lote n.º 1, de 14 de janeiro, seis ratos brancos inoculados com suspensão dum leproma da coxa do doente, na dose de 0,5 cc., na virilha direita, por via subcutânea, no dia 28 de agôsto (cêrca de 7 meses depois da inoculação), um dêles apresentava placas de alopécia, e, outro, dois nódulos inguinais. Sacrificado a 28/8 êsse animal, verifiquei que esfregaços dêsses nódulos simulavam uma verdadeira cultura de bacilos a.a.r., intra e extracelulares. Os pulmões tinham pús caseoso abacilífero. Os gânglios axilares continham alguns bacilos. Os esfregaços do fígado, baço e rim foram negativos. O nódulo maior está em estudo anátomo-patológico pelo Dr. Eitel Duarte, cujo 1.º P. C. n.º 19.220 informa, entre outros dados: "O fragmento de "tumor inguinal" é constituido por tecido conjuntivo adiposo, tecido muscular e de pequeno número de glândulas. Estas estruturas estão modificadas por processo inflamatório crônico caracterizado por infiltração difusa por células mononucleares na porção constituída por tecido adiposo. Na porção restante nota-se intensa proliferação de fibrócitos, fibras colágenas e vasos sanguíneos. O quadro histológico é o de um processo inflamatório inespecífico, crônico. Presença de bacilos a.a.r. em certas áreas dos cortes corados pelo método de Ziehl-Neelsen". Etc. I.O.C., 16-9-54. a) Dr. Eitel Duarte.

Um dêsses cortes, talvez o não examinado pelo Dr. Duarte, apresenta numerosos ninhos de células mononucleares pejadas de bacilos a.a.r.

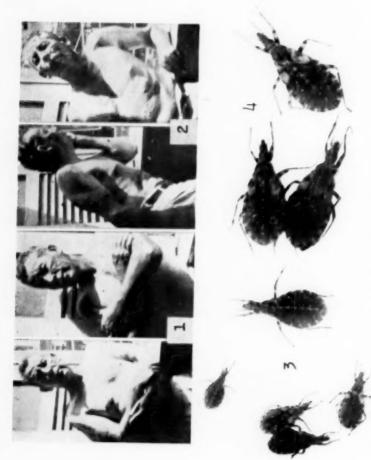
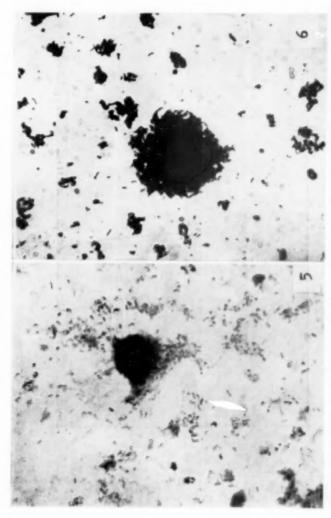
Terepêutica — De 14/1 a 20/2 o doente tomou 63 cc. de *Promin* nas veias, ou sejam apenas 25 g. de D.D.S. e caiu em violenta reação leprótica, apesar de ter tomado, alternadamente, injeções de Yakritek. Para atenuar a sua máscara lepromatosa, fiz-lhe cinco sessões de aplicações galvânicas, seguidas de pincelagens com soluto a 33 % de ácido tricloracético. Êste tratamento melhorou consideràvelmente o seu aspecto, mas apesar disso o doente foi detido num ônibus de Barra Mansa e levado para o Leprosário de Iguá. Não mais o vi.

RESUMO

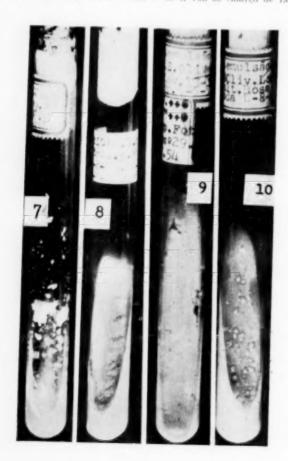
De um leproso lepromatoso (caso de L3), confirmado pela histopatologia e imunologia, foram isoladas e cultivadas 2 amostras de bacilos ácido-resistentes, sendo um cromogênico (amarelo dourado), produzindo película em caldo glicerinado isolado de linfa cutânea e outro isolado de uma suspensão de leproma tratado pela soda tipo eugônico branco cremoso.

Essas culturas foram inoculadas em murídeos e em hamsters (Cricetus auratus). Em 3 ocasiões dezenas de larvas de Triatoma infestans foram colocados sôbre a pele do doente. Sempre a maioria dêles sugou, porém, só os 3 primeiros se mostraram fortemente positivos para bacilos ácido-resistentes. Tal fato é encarado pelo autor como paradoxal, porque em experimentos anteriores a grande maioria dêsses hematófogos se infestou com o bacilo de Hansen.

Não obstante, triturados dêsses insetos foram inoculados em meios adequados e injetados em animais de laboratório sensíveis.

Após injeções intravenosas de 63 cc de Promin (25,0 g. de D.D.S.), o paciente teve um ataque intenso de febre leprótica e foi internado no Leprosário de Ingá, no Estado do Rio de Janeiro.

J. E. Oliveira b 49 L3. Fotos de 21-1-54. Larvas de Triatoma infestans que o sugaram.

Cultura de Linfa subcutânea de J. E. Oliveira, em Loewenstein. 29-7-34. Ziehl-Neelsen.

Cultura de emulsão de leproma de J. E. Oliveira, em Loewenstein. 29-7-34. Ziehl-Neelsen.

7
8
9
10

SUMMARY

From a lepromatous leper (L3 case) confirmed by histopathology and immunology, the author isolated and cultured two strains of acid-fast bacilli, being one chromogenic (golden yellow), producing pellicle in glycerin broth, from cutaneous lymph, and another, white-creamy, eugonic type, from suspension of a leproma treated by soda.

These cultures have been inoculated in murines and hamsters (*Cricetus auratus*). In three occasions tens of *Triatoma infestans* larvae, were applied on skin lesions of the patient. Always the majority of them sucked, but only the first three of them were strongly positive for acid-fast bacilli. Such fact is regarded by the author as paradoxal because in previous experiments the great majority of such hematophagi became infested with Hansen's bacilli.

Nevertheless, triturates of such insects were inoculated into suitable media and injected in sensible laboratory animals.

After intravenous injections of 63 c.c. of Promin (25,0 gm. of D.D.S.) the patient had a severy attack of lepra-fever and was interned in the Iguá Leper Colony, Rio de Janeiro State.

EXPLICAÇAO DAS FIGURAS

Figs. 1 e 2 — 4 fotografias do paciente J.E.O., tomadas no início do seu tratamento sulfônico.

Figs. 3 e 4 — Larvas de *Triatoma infestans*, fotografias em tamanho natural e aumentado, que sugaram sôbre manchas do mesmo doente e se infestaram pelo bacilo de Hansen na primeira sucção.

Fig. 5 — Fotomicrografia de esfregado da cultura de bacilos a.a.r. obtida na semeadura de linfa cutânea *in natura*, do referido doente, corado pelo Ziehl-Neelsen. A sua ácido-álcool-resistência não é uniforme. Produz véu amarelo no caldo glicerinado a 5%.

Fig. 6 — Fotomicrografia de esfregado da cultura de bacilos a.a.r. obtida de triturado dum leproma, tratado pela Soda, do mencionado doente. Trata-se de bacilos fortemente ácido-álcool-resistentes, produzindo véu branco em caldo glicerinado, a 5%.

Fig. 7 — Véu (desfeito) formado no caldo glicerinado pela cultura obtida da linfa cutânea do aludido paciente.

Fig. 8 — A mesma cultura acima, amarela-oiro, em Loewenstein.

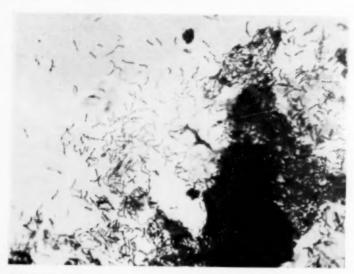
Figs. 9 e 10 — Cultura creme, eugônica ,de bacilos a.a.r., obtida de emulsão de leproma tratada pela soda, do mesmo doente, em meio de Loewenstein.

NOTA ADICIONAL, LIDA PELO AUTOR, NA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, EM SESSÃO DE 25 DE NOVEMBRO DE 1954:

Prosseguindo no estudo do material do leproso J. E. O., da minha comunicação de 23 de setembro último, trago à Academia novos fatos, **que reputo de alta importância para a etiopatogenia da lepra humana.** Do tumor do rato branco inoculado com emulsão dum leproma da coxa dêsse doente, a 14/1/54 e sacrificado a 28/8/54 (224 dias de incubação), foram feitas, a 31/8, duas séries de semeaduras, uma após tratamento do inóculo pela soda (método de Petroff) e outra pelo ácido sulfúrico (método de Loewenstein). Incubação a 37ºC. A 20/10 apareceram duas pequeninas colônias brancas, no centro do meio de Loewenstein, uma de cada série, as quais, apesar de molhadas várias vêzes com a água de condensação do meio, não se espalharam, como é a regra. **A 20/11 (80º dia de incubação)** essas colônias continuavam brancas, salientes, circulares e do tamanho da cabeça dum grande alfinete. Os esfregaços dessas culturas, corados pelo Ziehl-Neelsen, revelaram exclusivamente bacilos ácido-álcool-resistentes, em massas,

feixes e isolados, com a morfologia do bacilo de Hansen. O desenho e as fotomicrografias dêsses esfregaços, que passo às mãos dos Srs. Acadêmicos, dão uma idéia exata dêsses germes. Exibo, também, os desenhos de dois cortes do tumor do rato, mostrando muitos bacilos intracelulares, o qual deu a cultura que descrevo.

A germinação muito lenta, a côr e o tipo R dessas culturas, a morfologia microscópica e a forte ácido-álcool-resistência dêsses germes indicam tratar-se duma nova cepa de micobactéria, provàvelmente muito patogênica.

As repicagens dessas duas colônias, feitas há cinco dias nos meios de Loewenstein, Dubos e caldo glicerinado, não mostraram hoje qualquer contaminação, o que é bastante significativo e, logo que produzam suficiente germinação, serão utilizadas para inoculação em murídeos, hamsters e, se possível, em macaco rhesus. A minha primeira preocupação é verificar o comportamento dêsses germes nos microscópios electrônico e de contraste de fases.

Esfregaço ZN da cultura branca do tumor de um rato branco do lote 1/54 inoculado a 14/1, com emulsão de lepnoma da coxa de J. E. O., e sacrificado a 28/8. Semeaduras a 31/8. Ex. microsc. cult. 20/11: 80.º dia de incubação.

Das dezenas de culturas de bacilos ácido-álcool-resistentes, que tenho obtido da lepra humana e da lepra murina, nestes últimos vinte e cinco anos de intenso trabalho, a que hoje descrevo me parece ser a mais importante. A experimentação futura dirá o resto.

Endereço do autor: av. 13 de Maio, 37 — 1.º andar (Rio de Janeiro)

ACTH e cortisone em dermatologia

Jarbas A. Porto

A experiência acumulada nos últimos anos, conquanto não autorize conclusões definitivas, sugere e indica que um certo número de dermatoses e doenças internas com manifestações cutâneas responde ao tratamento pelo ACTH e Cortisone.

As observações que faremos são o resultado dos nossos trabalhos acompanhando doentes tratados na Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Universidade de Michigan e no Hospital dos Servidores do Estado, e dêles inferindo conclusões que podem não ser defnitivas.

Nas indicações da Cortisone e do ACTH distinguimos aquelas de ordem:

1 — Imperativa: aqui incluimós um grupo de doenças em que a terapêutica pela Cortisone é de natureza essencial, heróica, transformando, muitas vêzes, o prognóstico fatal em reservado, ou bom e prolongando a vida dos pacientes. São casos em que outras medicações são inoperantes ou inferiores.

2 — Indicações justificáveis: naqueles casos em que, embora não haja perigo iminente de morte, o desconforto do doente e relativa ineficácia imediata de outras formas de tratamento justificam o emprêgo da Cortisone, geralmente por um tempo limitado, com o fim de interromper a evolução ou sustar crises de exacerbação.

3 — Indicações ocasionais: aquelas em que os efeitos da medicação são imprevisíveis, mas, em virtude da probabilidade de êxito, pelo menos temporário, se pode usar, especialmente quando outros recursos terapêuticos falharam.

4 — Indicações discutíveis: aquelas em que, de um modo geral, outras formas de terapêutica dão resultados semelhantes ou melhores, ou em que poucos são os casos que respondem favoràvelmente à Cortisone. Por outro lado, considerando que são doenças que não oferecem maior gravidade além da de ordem da cronicidade, na grande maioria dos casos, é intempestiva e temerária a terapêutica que exige

---

Trabalho apresentado nas Primeiras Jornadas Médicas do Hospital dos Servidores do Estado (21-out.-1953).

Jarbas A. Porto — Assistente da Clínica Dérmato-Sifilográfica do Hospital dos Servidores do Estado (Rio de Janeiro).

cuidados especiais e cujas complicações podem assumir caráter muito mais grave do que a própria doença. Por conseguinte, estas indicações são mais da ordem experimental e pedem uma supervisão constante dos pacientes.

Na categoria 1 incluimos: lúpus eritematoso disseminado agudo e, eventualmente, sub-agudo; pênfigo vulgar e, eventualmente, as outras formas de pênfigo; eritema polimorfo do tipo Stevens Johnson; doença de Addison; periarterite nodosa e fase aguda da dermatomiosite.

Na categoria 2 incluimos: urticária, especialmente a forma gigante ou edema de Quincke, e, eventualmente, a forma crônica. Certas formas de dermatite por contato; fases agudas da dermatite atópica; eritrodermias de causa desconhecida e eczematizações generalizadas; farmacodermias graves; algumas formas de alergide generalizada; eritema polimorfo agudo.

Na categoria 3 incluimos: manifestações cutâneas específicas ou não de certas granulomatoses (leucemias, micose fungóide e doença de Hodgkin); esclerodermia; sarcoidose, especialmente as formas pulmonares; eritema nodoso.

Na categoria 4 incluimos dermatoses em que já se têm observado resultados duvidosos como alopécia areata, eritematodes, psoríases, doença de Dühring, quelóides, etc.

Esquemas de tratamento.

As doses diárias de Cortisone são divididas em doses parciais, variando em número de 3 a 4, e variam de acôrdo com a extensão e gravidade dos processos mórbidos, bem como em razão da reação individual de cada doente. De um modo geral, todavia, para as doenças do primeiro grupo a dose diária de 200 a 400 mgs. é suficiente, excluíndo-se a doença de Addison, que responde a doses muito menores. Esta dose inicial, dose de supressão, é mantida até que se consiga a melhora do quadro clínico. À medida que se forem observando melhoras diminui-se gradativamente a dose diária, até que se alcance um limiar de contrôle, dose de contrôle. E' possível e, às vêzes, inclusive recomendável, interromper-se a Cortisone, ficando-se de sobreaviso para qualquer recidiva ou exacerbação das lesões. Se isto acontecer, novas doses de supressão e de contrôle deverão ser pesquisadas. No tartamento das doenças dêste grupo é prudente e recomendável intercalarem-se doses de ACTH, suspendendo-se, temporàriamente, o uso da Cortisone, para evitar ou minorar os efeitos sôbre a suprarrenal.

Para as doenças do segundo grupo, a terapêutica é de natureza temporária, servindo, na maioria dos casos, para debelar surtos agudos de doenças crônicas ou para controlar a sintomatologia aguda de doenças cíclicas. Neste grupo a duração do tratamento se mede por dias ou semanas, ao contrário da do primeiro, em que se mede por meses ou anos. Por isto se dispensa o uso do ACTH, conquanto a supressão da Cortisone se deva fazer gradativamente.

Quanto às doses diárias podemos dizer que são semelhantes às do primeiro grupo. A associação de anti-histamínicos, para algumas doenças, como a urticária, permite uma diminuição considerável da dose diária de Cortisone, obtendo-se resultados satisfatórios com 5 mgs., 4 vêzes ao dia, em casos que não responderam aos anti-histamínicos isoladamente.

Para as doenças do terceiro grupo as doses são mais irregulares, e, algumas vêzes, doses diversas têm de ser empregadas para debelar surtos equivalentes.

Para as doenças incluídas no quarto grupo não há doses que se possam recomendar como padrão, dependendo do investigador.

TERAPÊUTICA LOCAL.

As pomadas com Acetato de Cortone têm aplicação em algumas dermatoses, principalmente quando localizadas na face, e, especialmente, em tôrno dos olhos e da bôca, como é o caso de dermatite por contato, em que a melhora da sintomatologia pode se dar em horas.

COMPLICAÇÕES DA CORTISONOTERAPIA.

A terapêutica prolongada pela Cortisone pode determinar várias complicações, dentre as quais salientaremos as seguintes :

1 — manifestações cutâneas: hiperpigmentação, acne, hirsutismo, eczematide seborrêica; 2 — síndrome de Cushing; 3 — diabetes; 4 — osteoporose, podendo levar a fraturas espontâneas, sendo de importância atentar-se para dores lombo-sacras e pedir radiografias, se houver queixas do paciente neste sentido; 5 — hipertensão; 6 — perfuração de úlceras gástricas ou duodenais; 7 — hipotiroidismo; 8 — edema, por retenção de água.

PROFILAXIA DAS COMPLICAÇÕES DA CORTISONOTERAPIA.

Muitas das complicações observadas durante o tratamento pela Cortisone são evitáveis, e, neste sentido, algumas porvidências devem ser tomadas. Assim, um exame clínico geral, procurando despistar algumas das condições que contraindicam, normalmente, o uso da Cortisone, é indispensável. Assim, verificaremos a existência de diabetes, tuberculose, úlceras gástricas e duodenais, tuberculose pulmonar, hipertensão, infecções agudas, história de doenças mentais, insuficiência cardíaca, etc.

Constatada a inexistência de contraindicações, a terapêutica prolongada pela Cortisone deve ser coadjuvada por:

1 — dieta hiperproteica e hipocloretada;
2 — complexo de vitaminas diário;
3 — gluconato de cálcio: 1 gr. diária;

4 — cloreto de potássio: 2 grs., 3 a 4 vêzes por dia;
5 — testosterona: 10 a 20 mgrs. diárias, com 10 dias de descanço cada 20 dias;
6 — stilbestrol (mulher: 1 gr. diária, começando no primeiro dia do ciclo menstrual até o 20.º; homem: 5 mgrs. diárias, com 10 dias de descanço cada 20 dias);
7 — tiróide dessecada: 32 mgrs., 1 a 3 vêzes ao dia;
8 — antibióticos, quando houver ou suspeitar-se de infecção;
9 — intercalar períodos de tratamento pelo ACTH durante 3 a 4 dias, mensalmente.

Para terminar, repetiremos que a Cortisone não tem efeito curativo, como tem sido salientado por todos os autores que se ocupam do assunto, exercendo ação morbidistática sôbre muitos processos mórbidos. Salientamos, também, que, durante o tratamento, dosagens periódicas de proteínas, potássio, cálcio, glicose e hemogramas completos, bem como outros exames complementares, deverão ser feitos para melhor contrôle.

RESUMO

O autor passa em revista as principais indicações da Cortisone e do ACTH, classificando-as em quatro grupos, nos quais incluem certas dermatoses que respondem favoràvelmente a esta terapêutica. Chama a atenção para as complicações usuais e aponta medidas profiláticas capazes de diminuir e evitar as complicações.

SUMMARY

The author makes a brief review of the indications of Cortisone and ACTH. Phophylatic measures are pointed out in order to prevent or to cut down the incidence of the complications of Cortisone therapy.

Endereço do autor: av. Copacabana, 1099, apt. 402 (Rio)

Eritematodes

(Criteriologia esquemática para estudo completo)

Oswaldo G. Costa

Os conhecimentos concernentes ao eritematodes, mesmo do ponto de vista clínico, não se acham ainda completos. Por isso, justifica-se a elaboração do roteiro de estudo que vem a seguir, modesta contribuição visando a facilitar pesquisas sôbre o assunto.

A — IDENTIFICAÇÃO: Nome, idade, sexo, côr, profissão, estado civil, raça, naturalidade e residências (atual e anteriores).

B — ANTECEDENTES MÓRBIDOS: Familiar e pessoal.

C — HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Época do aparecimento e local da lesão inicial. Dores reumáticas ? Anorexia ? Calefrios ? Mialgia ? Emagrecimento ? Desânimo ? Cefaléia ? Sudorese ? Ostealgia ? Edema (palpebral ou tibial) ?

D — EXAME DERMATOLÓGICO:

a) Topografia: Couro cabeludo ? Região preauricular ? Pavilhão auricular ? Rosto ? Manúbrio esternal ? Região deltoidiana ? Mãos ? Pés ? Mucosas ? Localizada ? Disseminada ? Superficial ? Dérmica ? Hipodérmica ? Sistemática ? Outras localizações ?

b) Lesões elementares:

1) Eritema: Intenso ? Discreto ? Côr ?

2) Escamas: Ausentes ? Discretas ? Profusas ? Aderentes ? Côr ? Ceratose pontuada ?

3) Crostas ? Telangiectasia ? Pápulas ? Nodo (com ou sem manifestações superficiais típicas) ? Placas nodulares (com ou sem manifestações superficiais típicas) ? Manifestações urticariformes ? Púrpura ? Necrose ? Ulcerações ? Acromia ? Hipercromia ? Lesões verrucosas ou papilomatosas ? Bôlha ? Crostas ? Outras manifestações ?

4) Atrofia ?

Trabalho apresentado na sessão de 29/9/54 da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia.

Professor Catedrático de Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Livre-docente e Assistente da Cadeira de Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais (Serviço do Prof. Olyntho Orsini).

c) Área central: Elevada ? Plana ? Deprimida ? óstios foliculares dilatados ou não ?

d) Borda: Plana ? Elevada ? Delimitada ou não ? Regular ? Irregular ? Côr ?

e) Consistência: Dura ? Mole ?

f) Base: Infiltrada ? Endurecida ?

E — EXAME GERAL:

a) Temperatura:

1 — Local: À palpação (dentro das placas e na pele sã). Termometria elétrica com termômetro Thern Cupler U.M.C. No interior das placas e na pele sã.

2 — Axilar e bucal (pela manhã e à tarde, durante 15 dias): Irregular ? Remitente ?

b) Órgãos, aparelhos e sistemas: gânglios satélites, enfartados ou não ? Adenopatia tráqueo-brônquica ? Satélite ? Amídalas ? Hepatomegalia ? Esplenomegalia ? Serosas ? Coração, vasos e circulação das extremidades (Frio? "Dedo morto"? Acrocianose? Síndrome de Raynaud?) Rins ? Pulmões ? Sistema nervoso ? Aparelho digestivo ? Fundo de ôlho ? Glândulas endócrinas ? Tumefação das parótidas ? Articulações ?

F — TIPOS CLÍNICOS: Psoriasiforme ? Liquenóide ? Assemelhando-se ao eritema polimorfo ? À dermatite seborréica ? Ao epitelioma ? Ao líquen plano hipertrófico ? Pelagróide ? Anular ? Folicular ? Tumidus ? Hipertrófico e profundo ? Verrucóide ? Verrucoso e papilomatoso ? Nodular ? Nodular em placa ? Exantemático ? Outros tipos clínicos ?

G — DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: sarcóide de Darier-Roussy; eritema indurado de Bazin; periarterite nodosa; dermatomiosite; eritema nodoso; doença de Weber Christian; hipodermites nodulares (Gougerot); líquen plano hipertrófico; lúpus vulgar; rosácea; pseudo-pelada de Brocq (couro cabeludo); pelagra; eritema polimorfo; lesões verrucosas e papilomatosas.

H — ASSOCIAÇÕES MÓRBIDAS: Líquen plano ? Psoríase ? Lúpus vulgar ? Escrofuloderma ? Dermatomiosite ? Carcinomas ? Tuberculose pulmonar ? Outras associações mórbidas ?

I — HISTOPATOLOGIA:

a) Pele:

1 — Biópsia profunda (hipoderma);

2 — Pesquisa dos corpúsculos de Gross;

3 — Infiltrado: Composição ? Localização nas camadas da pele ? Estudo em cortes e por aposição.

b) Gânglios satélites ou não.
c) Músculos subjacentes das placas ou não.
d) Ossos ("Post-mortem" ou "in vivo" quando possível).
e) Autópsia.

J — Evolução: Crônica ? Sub-aguda ? Aguda ?
K — Complicações e sequelas.
L — Prognóstico ?
M — Terapêutica: Verificação de eficiência de acôrdo com as formas clínicas.
N — Exames complementares:

a) Eletro-cardiograma.
b) Exame radiográfico:

1 — Tórax;
2 — Partes moles;
3 — Ao nível das placas (verificação de acometimento do plano ósseo subjacente);
4 — Ossos: crânio; face; manúbrio esternal; úmero; mãos; bacia e pés;
5 — Deposições: metálicas ? Calcáreas ? ósseas ?
6 — Dentes.

c) Testes tuberculínicos e de Montenegro.
d) Exame parasitológico de fezes e análise de urina.
e) Sangue:

1 — Hemograma;
2 — Célula L. E.;
3 — Fenômeno de Haserick;
4 — Proteinas totais;
5 — Relação albumina-globulina;
6 — Globulinemia (métodos de Huerga-Popper ou eletroforético);
7 — Hemo-sedimentação;
8 — Dosagem de colesterol;
9 — Testes de Kahn e de Wassermann;
10 — Pesquisa de porfirina: sangue, urina e fezes.

O — Mielograma.
P — Exames culturais e microscópicos.
Q — Inoculações experimentais.

COMENTÁRIOS

Inicialmente, faremos alguns comentários gerais sôbre o esquema, salientando, apenas, os tópicos que reputamos de maior interêsse.

Posteriormente, então, relataremos os resultados já obtidos, decorrentes da aplicação prática dêste método.

Na parte referente à história da doença atual, recolhem-se dados subjetivos que contribuem para a caracterização, precipuamente, das formas sub-agudas, discóides, localizadas ou disseminadas, as quais podem constituir elo de união entre as formas crônicas e as agudas sistemáticas.

Quanto à temperatura, representa um dado de capital importância; por isso, deve-se registrá-la, pela manhã e à tarde, durante longo espaço de tempo, principalmente nos tipos discóides. No que respeita à utilidade da termometria elétrica cutânea local das lesões, nos tipos discóides, não nos é possível opinar, no momento, pois a empregamos, pela primeira vez, como método de investigação em poucos casos.

Os tipos clínicos merecem atenção especial, mesmo porque o eritematodes, como bem assinalou Radcliff Crocker (1), "é um imitador de várias formas de dermatoses".

No que respeita à existência de nódulos hipodérmicos, com ou sem manifestações cutâneas superficiais típicas, caracterizando o imprópriamente chamado "eritematodes profundus", reveste-se de grande interêsse em conseqüência do recente artigo de Pautrier (2), o qual nega a existência dêste tipo clínico, identificando-o como o sarcóide de Darier-Roussy.

Quanto ao diagnóstico diferencial, mencionamos afecções que, à primeira vista, não se assemelham ao eritematodes; no entanto, de conformidade com os novos conhecimentos que se adquirem sôbre esta entidade, preponderantemente no que concerne às suas manifestações hipodérmicas, já mencionadas por Kaposi (3), merecem ser consideradas.

No diagnóstico diferencial, deve-se salientar as dificuldades que, por vêzes, surgem para se distinguir o eritematodes do líquen plano, mesmo histològicamente. O diagnóstico diferencial histológico, entre as manifestações liquenóides do eritematodes com o líquen plano, foi bem estudado por Winer e Leeb (4).

No capítulo referente à histopatologia, chamamos a atenção para a biópsia profunda, a qual deve atingir, se possível, o plano muscular subjacente, nos casos que exibem acentuado endurecimento basilar. A pesquisa dos corpúsculos de Gross, na pele, é de capital importância. Os gânglios satélites, ou não, precisam ser sistemàticamente estudados, tanto clínica quanto histològicamente.

A parte que se refere aos ossos, cujo acometimento foi registrado por Schaumann (5), ainda muito pouco estudada, merece igualmente atenção especial.

RESULTADOS JÁ OBTIDOS

Vejamos, agora, quais foram os resultados que obtivemos com a aplicação prática do esquema proposto.

Relataremos, em linhas gerais, os casos que já registramos, salientando suas características mais interessantes.

— *Eritematodes discóide com pronunciada enduração basilar* (1 caso).

Verificou-se acometimento muito nítido da camada muscular subjacente, comprovado pela histologia. Trata-se do primeiro caso da literatura mundial, em que o infiltrado, além de atingir o hipoderma, envolve o plano muscular sotoposto à placa do eritematodes, discóide, que lhe corresponde.

Não se trata, naturalmente, do eritematodes profundo "sensu" Kaposi-Irgang.

— *Eritematodes sub-agudo, discóide ou fixo* (caso apresentado à Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, sessão de 29-9-54), no qual foram registradas as alterações seguintes:

a) calefrios episódicos, desânimo, dores reumatóides discretas na articulação do punho direito; dores espontâneas e provocadas no bíceps direito; exacerbações e remissões das lesões "in loco";

b) temperatura no interior das placas (Therm Cupler U.M.C.): 37°,2. O autor da comunicação não possui, ainda, elementos para concluir sôbre a utilidade da termometria elétrica nos casos de eritematodes, fixo ou discóide; pelo que se limitou a registrar o fato;

c) temperatura geral (bucal e axilar): exibiu um quadro termográfico, registrado durante 15 dias, no qual se observava uma curva febril, irregular, com temperatura máxima de 37°,2. O registro da temperatura no eritematodes, discóide, apresenta grande interêsse;

d) — face: endurecimento profundo e de consistência dura, verificado nas placas. Não havia, porém, histològicamente, acometimento do hipoderma. Êste endurecimento basilar foi registrado por Brocq;

e) *gânglio satélite*: a existência, no caso apresentado, de um gânglio satélite, parotidiano, constituiu o objetivo principal da comunicação. Foi apresentada uma preparação histológica do referido gânglio;

f) alterações ósseas: foram exibidas radiografias, nas quais se registravam alterações ósseas, cuja interpretação depende ainda de maiores e minuciosas investigações, a fim de se estabelecer as relações de identidade, ou não, entre o processo cutâneo e o ósseo. Trata-se de questão observada por Schaumann (5), motivo pelo qual nos limitamos sòmente a registrar o achado, sem concluir definitivamente, aconselhando maiores investigações neste sentido;

g) a paciente apresentava anemia, leucopenia e trombo-citopenia discretas;

h) a hemo-sedimentação achava-se elevada;

— *Eritematodes sub-agudo disseminado com manifestações nodulares* (1 caso). Êste caso assemelhava-se, clinicamente, ao eritema polimorfo.

— *Eritematodes sub-agudo, nodular, hipodérmico (eritematodes profundus)*: 1 caso. Êste caso já foi publicado por Costa e Junqueira (6).

— *Eritematodes sub-agudo, com placas hipodérmicas, sem quaisquer manifestações superficiais.*

Êste caso parece ser o primeiro a ser registrado na literatura mundial, pelas características seguintes: manifestação com grandes placas hipodérmicas, evolução sub-aguda, ausência completa de quaisquer manifestações cutâneas superficiais típicas e acometimento posterior da pleura.

Esta observação aproxima-se do caso, extraorinário, registrado por Radaelli e Casazza (7), o qual foi acertadamente identificado ao "eritematodes profundus", pelo Professor F. E. Rabelo (8).

Os corpúsculos de Gross (9) foram descritos por êste autor, em 1932.

Tais elementos já foram registrados nos gânglios, nos linfáticos, no baço, no endocárdio, nos rins, em membranas serosas e sinoviais e em outras partes do organismo de pacientes portadores de eritematodes agudo.

Referindo-se à pele, registraram-se, até 1950, segundo Klemperer e colaboradores (10), sòmente 3 casos. No nosso caso, confirmado histològicamente pelo Prof. H. Portugal, tratava-se de eritematodes sub-agudo, nodular, hipodérmico ("eritematodes profundus").

Foi êste exatamente o caso contestado por Pautrier (2).

E' a primeira vez que se assinala a presença dos corpúsculos de Gross e de acometimento muscular no eritematodes profundus, dirimindo quaisquer dúvidas que se possam antepor à existência dêste tipo clínico, em cuja individualização definitiva a escola dermatológica brasileira, representada por F. E. Rabelo, J. Ramos e Silva e H. Portugal, vai contribuir de modo exuberante.

— Quanto às *adenopatias satélites do eritematodes, discóide ou fixo*, já registramos 5 casos, nos quais se verificou a presença de gânglios parotidianos ou sub-maxilares.

As referências sôbre adenopaias satélites no eritematodes, discóide ou fixo, crônico ou sub-agudo, são extremamente escassas.

Não nos referimos, naturalmente, aos enfartamentos ganglionares freqüentes nos casos sistemáticos.

Os principais tratados de Dermatologia não mencionam enfartamento ganglionar satélite nas formas fixas ou discóides, excetuando-se Pautrier (2), Becker e Obermayer (11), e Nicolas e Gaté (12), que a registram.

A primeira referência sôbre adenopatia satélite no eritematodes fixo foi feita por Schaumann (13), o qual a estudou tanto do ponto de vista clínico como histológico.

Os trabalhos de Schaumann (13) precisam ser revistos ?

Sòmente investigações minuciosas poderão resolver.

Nicolas e Gaté (12) assinalam que as adenopatias são mais raras no lúpus eritematoso do que no tuberculoso. Em alguns casos, dizem Nicolas e Gaté (12), foram encontrados bacilos de Koch no pús ganglionar; por isso, é preciso saber se não se trata de formas mistas ou de adenopatias tuberculosas, simplesmente, concomitantes ou préexistentes.

Pautrier (14) assinala a existência de adenopatias no lúpus eritematoso, sobretudo na região sub-maxilar e ao longo do externo-cleido-mastóideo, traduzindo-se por gânglios duros, móveis e indolores. Em alguns casos excepcionais, verificam-se supuração e presença do bacilo de Koch no pús dos gânglios amolecidos. Deve-se encarar esta adenopatia como uma complicação ?

Concebe-se, dificilmente, que a lesão do lúpus eritematoso, na qual jamais se encontrou bacilo tuberculoso, possa inocular o gânglio. Deve-se, por isso, interpretar êsses fatos como uma coincidência que se deve reter a propósito da patogenia da afecção. O que é certo, pelo contrário, é que as adenopatias, freqüentemente, precedem o aparecimento do lúpus eritematoso, contribuindo, talvez, para produzir o terreno necessário ao desenvolvimento desta dermatose, salientando-se que a exploração radiológica mostra, ainda, em certo número de casos, gânglios tráqueo-brônquicos. É, pois, ilógico considerar as adenopatias como uma complicação, pois quasi que participam do terreno do lúpus eritematoso.

Ponto de capital importância é o que se refere à investigação de anemia, de leucopenia, de trombocitopenia e do índice de hemo-sedimentação, nos casos discóides, crônicos ou sub-agudos.

Os demais itens de nossa criteriologia esquemática de estudo carecem de comentários, pois em grande parte representam normas clássicas de propedêutica dermatológica.

RESUMO

São indicados, de maneira esquemática, os elementos mais importantes que se devem indagar, a fim de se diagnosticar e caracterizar as diversas formas clínicas do eritematodes. O autor enumera alguns resultados práticos, já obtidos com a adoção do esquema proposto, mencionando sua casuística pessoal.

Endereço do autor: rua Ceará n.º 1.991 (Belo Horizonte).

CITAÇÕES

1 — Radcliff-Crocker, H. — Lupus erythematosus as an imitator of various forms of dermatitis. J. Cutaneous & Genito-Urinary Dis., 12:1,1894.

2 — Pautrier, L. M. — A propos du pseudo-lupus érithemateux profond (Kaposi-Irgang). Ann. de dermat. et syph., 20:233,1953.

3 — Kaposi, M. — Maladies de la peau, tradução francêsa de Besnier. Paris, Doyon Ed., 1891, II, pág. 265.

4 — Winer, L. H., e Leeb, A. J. — Lichenoid eruptions (a histopathological study). AMA Arch. Dermat & Syph., 70:274,1954.

5 — Schaumann, J. — Lesions médullaires et osseuses au cours du lupus érythemateux. Bull. Soc. franç. de dermat. et syph., 40:775,1933.

6 — Costa, O. G., e Junqueira, M. — Lupus érythemateux profond (Kaposi-Irgang.). Ann. de dermat. et syph., 5:535,1952.

7 — Radaelli, G., Casazza, R. — Sopra um complesso quadro di tuberculidi. Arch. ital. di dermat., sif., 9:147,1933.

8 — Rabelo, F. E. — comunicação pessoal ao autor.

9 — Gross, L. — a) The heart in atypical verrucous endocarditis (Libman-Sachcs). Contributions to the medical sciences in honor of Emanuel Libman by his pupils, friends and colleagues, New York, Internacional Press, 1943, II, pág. 527; b) The cardiac lesions in Libman-Sachs disease (with consideration of its relationship to acute diffuse lupus erythematosus), Arch. path., 16:375, 1949.

10 — Klemperer, P., Gueft, B., Lee, S. L., Leuchtemberger, C. e Pollister, A. — Cytochemical changes of acute lupus erythematosus. Arch. Path., 49:503,1950.

11 — Becker, S. W. e Obermayer, M. E. — Modern dermatology and syphilology. 2.ª ed., Philadelphia, J. B. Lippincot Co., 1943, pág. 440.

12 — Nicolas, J., e Gaté, J. — Tuberculose cutannée et tuberculides. Paris, G. Doin & Cie. Ed., 1934, pág. 247.

13 — Schaumann, J. — Sur la pathogenie du lupus érythemateux. Ann. de dermat. et syph., 7:193,1926 e 7:279,1926.

14 — Pautrier, L. M. — Lupus érythemateux fixe (adenopathies), in Darier et al. Nouvelle pratique dermatologique, Paris, Masson et Cie., 1936, III, pág. 758.

Endereço do autor: rua Ceará, 1991 (Belo Horizonte)

Boletim da
Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

Esteves, Juvenal Alvarez (Dermatologista dos Hospitais Civis de Lisboa) — Rua da Emenda, 76-1.º (Lisboa, Portugal).

Fernandez, José Maria (antigo Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Ciências Médicas de Rosário) — 25 de Diciembre, 811 (Rosário, Argentina).

Flarer, Franco — Cidade de Padova, Via Santa Sofia, 16 (Itália).

Gans, Oskar (Prof. de Clin. Dérmato-Sifil. da Univ.) — Ludwig — Reehr Strasse, 14 (Frankfurtala. M, Alemanha).

Latapi, Fernando (Prof. de dermat.) — Zacatecos, 220-6 (México, D.F.).

Mackee, George Milles (Dir. do Serv. de dérmato-sif. do "New York Post-Graduate Hospital", da Univ. de Colúmbia) — 330, Second Avenue (Nova York).

Marchionini, A. — Ankara, Turquia.

May, J. — 1444, Av. Rondeau (Montevidéu, Uruguai).

Mazzini, Miguel Angel (Pres. da Ass. Arg. de Dermatosifilologia) — Callao, 1710 (Buenos Aires, Argentina).

Miescher, Guido (Prof. de dérmato-sif. da Univ. de Zurich) — Glorlasstrasse, 33 (Zurich, Suiça).

Montgomery, Hamilton (da Fundação Mayo) — Rochester, E.U.A.

Nekam, L. (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Budapeste) — Reseda U. 4 (Budapeste, Hungria).

Oteiza Setién, Alberto — Ave. de la República, 461 — 3er. pizo (Havana, Cuba).

Pardo-Castelló, V. — Calle 19, 671 — Vedodo (Havana, Cuba).

Penela, Luiz de Sá (Ch. do Serv. de Dermat. e Venereol. do Hosp. do Destêrro) — Rua Marquês de Tomar, 7 (Lisboa, Portugal).

Pierini, Luis E. (Prof. de dermat. para graduados da Univ. de Buenos Aires) — Cordoba, 2344 (Buenos Aires, Argentina).

Prieto, José Gay (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Madrid) — Calle Serrano, 20 (Madrid, Espanha).

Prunés R., Luis (Prof. de dermat. da Univ. do Chile) — Av. Condell, 376 (Santiago do Chile).

Pujo y Medina — Fac. de Med. de Santiago do Chile.

Quintero, N. — Buenos Aires, Argentina.

Quiroga, Marcial (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Ciências Médicas de Buenos Aires) — Santa Fé, 890 (Buenos Aires, Argentina).

Ragustin, N. — Rodrigues Peña, 525 (Buenos Aires, Argentina).

Reenstierna, J. — Dep. de Hig. e Bacteriol. da Univ. de Upsala, Suécia.

Schujmann, Salomão — Presidente Roca, 599 (Rosário, Argentina).

Schuwartz, Louis — Nova York, E.U.A.

Silva, Flaviano (Prof. aposentado de dérmato-sif. da Univ. da Bahia) — Praça D. Pedro II, 101 (Salvador, Bahia).

Stokes, John H. (Prof. de dérmato-sif. da Univ. de Pensilvânia — Hosp. Universitário da Univ. de Pensilvânia (Filadélfia, E.U.A.).

Sulzberger, Marion B. (Prof. de dermat. da "New York University") — 999 Fifth Avenue, N. Y. (Nova York, E.U.A.).

Touraine, Albert (Redator-Chefe dos "Ann. de Dermatologie") — 7, boulevard Raspail (VIIe) — (Paris, França).

Trincão, Mário Simões (Cat. da Fac. de Med. da Univ. de Coimbra) — Rua Alexandre Herculano, 7 (Coimbra, Portugal).

Ugarisa, Ricardo (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Assunção) — Assunção, Paraguai.

Uribe, J. I. — Bogotá, Colômbia.

Uriburu, J. — Sargento Cabral, 837 (Buenos Aires, Argentina).

Urueña, J. Gonzales (Prof. de dérmato-sif. da Fac. de Med. do México) — Av. Oaxaca, 80 (México, D.F.).

Villanova, Xavier (Cat. de dermat. em Barcelona) — Calle Pelayo, 44 (Barcelona, Espanha).

SÓCIOS CORRESPONDENTES

Abascal, Horácio (Ch. do Serv. de Profil. Ven. do Min. da Saúde) — Neptuno, 164 (Havana, Cuba).

Almendra, Jaime (Dir. do Serv. de Dermat. do Hosp. da Marinha) — Rua Artilharia Um, 140 — 1.º (Lisboa, Portugal).

Alvarez, Gregorio — Calle Belgrano, 1625 (Buenos Aires, Argentina).

Ambrosetti, Félix E. (Prof. adj. de dermat. da Fac. de Ciências Méd.) Av. Santa Fé, 995 (Buenos Aires, Argentina).

Andrade, Roberto Nuñes de (Prof. de dermat. da Fac. de Med. do México) — México, D. F.

Andrews, George C. (Prof. Assoc. de dermat. na Univ. de Colúmbia) 115 East 61th Street — N. Y. (Nova York, E.U.A.).

Baliña, Luiz Maria (Médico Agregado à Cátedra. Leprólogo do Serv. do Prof. Basombrio (Buenos Aires).

Barba Rúbio, José (Prof. Adj. de dérmato-sif. da Fac. de Ciências Médicas e Biol. da Univ. de Guadalajara) — Ed. Lutécia Desp. 117-118 (Guadalajara, Jal., México).

Bertaccini, Giuseppe (Dir. da Clin. Dermatol. de Bari) — Piazza Massari, 6 (Bari, Itália).

Borda, Júlio Martin — Cordoba, 1237-9.º P. (Buenos Aires, Argentina).

Bruck, C. (Doc-livre e Dir. do Dep. de Dermat. do Inst. Finsen St. Gorau's Hosp. de Estocolmo, Suécia.

Caccialanza, P. (Doc.-livre e Ch. de Clinica da Univ. de Milão) — Via Pace, 2 (Milão, Itália).

Carrasco, Manoel Caeiro (Dir. do Serv. de Dermat. do Hosp. de Sto. Antônio dos Capuchos) — C. do Sacramento, 7-2.º (Lisboa, Portugal).

Chaná, Pedro Chariola — Miraflores, 618 (Santiago, Chile).

Chediak, Alejandro — San Lazaro, 173 (Havana, Cuba).

Cole, Harold Newton (Prof. de dérmato-sif. da Western Reserve University) — 1352, Hanna Building-Euclid at 14th St. (Cleveland, E.U.A.).

Contreras, Félix (Secret. Geral da Acad. Espanhola de Dermat. e Sif.) Moreto 15 (Madrid, Espanha).

Convit, Jacinto — San Bernardino — Av. Avilla — Quinta Ana (Caracas, Venezuela).

Cordero, Alejandro A. — Carlos Pellegrini, 1560 (Buenos Aires, Argentina).

Crosti, Agostino (Dir. da Clin. Dermatol. da Univ. de Milano) — Via Pace, 9 (Milano, Itália).

Driver, James R. (Prof. Assoc. de dermat. na Western Reserve University) — Cleveland, E.U.A.

Duperrat, Bernard (Prof. "agregé" da Univ. de Paris) — boulevard Saint Germain, 176 (Paris, VI e).

Elliot, David C. (Sifilologista do Serv. de Saúde Pública dos Estados Unidos da América).

Ferrari, Alexandro (Livre-doc. de dermat. em Torino e redator do "Il Dermosifilografo") — Corso Matteoti, 28 (Torino, Itália).

Garzon, Rafael (Prof. de dermato-sif. da Fac. de Med. de Cordoba) — Entre Rio, 372 (Cordoba, Argentina).

Gaté, Jean (Prof. de dermat. na Fac. de Med. de Lyon) — Rue Saint-Hélène, 24 (Lyon, França).

Gimenez, Manuel — Necochea, 148 (Resistendra — Chaco, Argentina).

Gotz, H. — Thalkichner Strasse, Dermatologischen Klinik (Munique, Alemanha).

Grace, Arthur (Prof. de dérmato-sif. do "Post-Graduate College of Medicine") 11 Schermerhorn Street (Brooklin, N.Y.-E.U.A.).

Graciansky, Pierce de (Méd. do Hosp. Saint-Louis) — rua Clément Marot, 5 (Paris, VIIIe).

Grinspan, David (Ch. de Clinica da Cátedra de Graduados) — Sanches de Bustamante, 2659 (Buenos Aires).

Gruppee, Charles (ant Ch. de Clin. da Fac.) — rue de Courcelles, 33 (Paris VIIIe.).

Guillot, Carlos Frederico (Assist. da Div. Dérmato-Venerel. da Dir. Nac. de Saúde Pública de Buenos Aires) — Puerrydon, 1780 (Buenos Aires, Argentina).

Hermans Sr., E. H. — Rotterden Post Demonstration Centre, 170 Baan (Rotterdam, Holanda).

Jaeger, H. (Prof. de dermat. ch. do serv. universitário do Hosp. Cantonal) — 7, Chemin du Levant (Lausanne, Suiça).

Joulia, Pierre (Prof. de dermat. em Bordeaux) — 50, rue Fondaudège (Bordeaux, França).

Kahn, Reuben L. — Univ. de Michigan, Hosp. Universitário (Ann-Arbor-Michigan E.U.A.).

Lapiére, S. (Prof. da Univ.) — rue des Augustinas, 10 (Liége, Bélgica).

Leite, Augusto Salazar (Prof. do Inst. de Med. Trop.) — Av. da República, 56 (Lisboa, Portugal).

Leon Blanco, Francisco — Calle 16, 27 (Miramar, Cuba).

Lepiavka, Arseny D. — Av. Chapultepec, 401 (México, D.F.).

Luz, João Valério Bastos da (Assist. do Inst. de Med. Trop.) — Hosp. do Ultramar (Lisboa, Portugal).

Mahoney, J. M. — "Marine Hosp. — Staten Island" (Nova York, E.U.A.).

Malbran, Carlos S. (Doc. da Cátedra e Ch. dos Serviços de Dermat. dos Hospitais Francês e Britânico, de Buenos Aires).

Marcussen, Poul V. — Finsen Institut, Copenhague.

Mariani, Giuseppe (Dir. da Clin. Dermatol. de Genova) — Genova, Itália.

Marques, J. Ferreira — Lisboa, Portugal.

Marquez, José Sanchez (Patol. do Ins. Dermatol. e Instrutor de Histol. da Fac. de Med. de Guadalajara) — Independência, 66 (Guadalajara — Jalisco, México).

Molla, Aurelio Loret de (Prof. de dermat. da Fac. de Med. de Lima) — Apartado 1720 (Lima, Perú).

Mom, Arturo Maurique — México, 823 (Buenos Aires, Argentina).

Negroni, Pablo — Pichincha, 830 (Buenos Aires, Argentina).

Noguer-Moré, S. (Pres. da Ass. de Dermat. de Barcelona) — Paseo de Gracia 113 (Barcelona, Espanha).

Noussitou, Fernando Martin — Santa Fé, 1390 (Buenos Aires, Argentina).

Nurenberg, Alberto — Rosário, Argentina.

Orbaneja, José Gomez (Prof. Tit. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Valladolid) — Calle de Almagro, 12 (Madrid, Espanha).

Parga, Hermán Hevia (Prof. adj. da Univ. de Santiago) — Calle Corregidor Zañartu, 716 (Santiago, Chile).

Pascher, Frances (Assist. do "New York Post-Graduate-Skin & Cancer") Nova York, E.U.A.

Percival, G. H. ("Grant Professor of Dermatology", University of Edinburgh) Royal Infirmary — Dept. of Dermatology — (Edinburgh, Gran-Bretanha).

Pesce, Hugo (Méd.-ch. do Serv. Antileproso de Apurimac)-Andahuálias-Peru.

Pessolani Cordone, Domingo (Ch. do Serv. de Venereol. do Hosp. Mil. Central de Assunção) — 25 Noviembre, 497 (Assunção, Paraguai).

Peyri, G. Mercadal (Prof. adj. de dermat., em Barcelona) — Via Layetana, 167 (Barcelona, Espanha).

Prata, Florencio (Ch. da Secção C. do Hosp. S. Luiz, de Santiago) — Calle José Manuel Infante, 438 (Santiago do Chile).

Ramirez B., Gaston (Prof. adj. da Univ. de Santiago) — Calle Carmen, 703 (Santiago, Chile).

Rein, Charles R. (Ch. do Serv. de Sorol. do Exército Americano) — 25 Central Park West — Nova York — E.U.A.

Rodriguez Estigarribia, Eduardo — Tenente Farina, 485 (Assunção, Paraguai).

Salazar, Delfin Elizondo — Hospital de Seguro Social — São José, Costa Rica.

Sampaio, Antônio Neves (Dir. do Serv. de Dermat. do Hosp. Infantil de São Roque) — Av. da Liberdade, 140-1.º (Lisboa, Portugal).

Sampaio, Otávio Meneres (Dermatologista dos Hospitais Civis) — Avenida Praia da Vitória, 13-3.º (Lisboa, Portugal).

Serial, Augusto (Ch. do lab. da cad. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Rosário) — Hosp. Intendente Carrasco (Rosário, Argentina).

Sidi, Edwin (Ch. do Serv. de Dérmato-Alergia da Fond. Ophtalm. A. de Rothschild) — rue Manin, 29 (Paris, XIXe).

Silos, Maria Concepcion Estrada (Prof. adj. de dermat. da Fac. de Med. do México) — Revillogigedo, 78-18 (México, D.F.).

Spier, H. W. — Thalkirchner Strasse, Dermatologischen Klinik (Munique, Alemanha).

Suarez, Jorge — Pichincha, 450 (La Paz, Bolivia).

Tello, Enrique (Prof. Adj. Assist. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Córdoba) — 27 de Abril, 436 (Córdoba, Argentina).

Tiant, Francisco R. — San Lazaro, 464 (Havana, Cuba).

Tomasi, Lodovico (Dir. da Clin. Dermat. da Univ. de Roma) — Roma, Itália.

Tzank, Arnault (Ch. da Clin. Dérmato-Sifil. do Hosp. São Luiz) Paris, França.

Vegas, Martins (Prof. da Fac. de Med. da Venezuela) Apartado Correos 612 (Caracas, Venezuela).

Vignale, Bartolomé (Prof. Tit. de dérmato-sif. da Fac. de Med. de Montevidéu) — 18 de Julio, 1323, piso 1 (Montevidéu, Uruguai).

Vivas, Adolfo — Oeste 7, n. 29 (Caracas, Venezuela).

Wade, Windson (Diretor Médico da "Leonard Wood Memorial") — Culion Palawan — Philippines.

Wise, Fred (Prof. de dermato-sif. do "New York, Post-Graduated Medical School — Columbia University") — 816, Fifth Av. (Nova York 21, E. U. A.).

Weiss, Pedro (Prof. de patol. da "Univ. Nac. Mayor de San Marcos") — Calle San Jacinto, 151 (Lima, Perú).

Zoon, J. J. — Dermatological Clinic. of the Univ. of Utrecht (Utrecht, Holanda).

SOCIOS EFETIVOS

Abreu, José Eduardo de (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Av. Augusto Severo, 78, ap. 6 (Rio).

Abreu, Wilson Marques de (Dermatologista do Dep. de Saúde Escolar da P.D.F.; méd. adj. da Santa Casa de Misericórdia) — Rua Marquês de S. Vicente, 182 (Rio).

Abu-Merhy, Miguel Elias (do Dep. de Saúde Escolar da P.D.F.) — Av. Osvaldo Cruz, 103, ap. 704 (Rio).

Agricola, Ernani (ex-Dir. do Serv. Nac. de Lepra, do M. S.) — Av. Alexandre Ferreira, 220, ap. 102 (Rio).

Aguiar, Otávio Garcez — Rua Teodoro Sampaio, 26 (Salvador).

Aguiar Pupo, João de (Prof. da Cat. de dérmato-sif. da Univ. de S. Paulo) Rua Turquia, 136 — Jardim Europa (S. Paulo).

Alayon, Fernando — Av. Pacaembú, 1088 (S. Paulo).

Alcântara Madeira, J. — Rua Bragança, 97 — (Perdizes (S. Paulo).

Aleixo, Josefino — Rua Gonçalves Dias, 3.773 (Belo Horizonte).

Almeida, Edson de (Ch. de Clin. Dérmato-Sifil. do Hosp. dos Serv. do Estado) — Rua Diógenes Sampaio, 16,ap. 202 (Rio).

Almeida, Teófilo — Rua Alvaro Alvim, 21-10.ò (Rio).

Alonso, Carlos (Assist. da Enf. 26 da Santa Casa de Misericórdia do Rio) — Praia do Gragoatá, 3 (Niterói).

Alves Jr., Antônio Ribeiro — Trav. Frutuoso Guimarães, 271 (Belém).

Andrade, Jorge Costa (Dir. da Col. Aguas Claras) — Caixa postal 1346 (Salvador).

Andrade, Raimundo Silva Castro de — Av. Gentil Bittencourt, 274 (Bélem).

Andrade, Zilton (Patologista do Inst. de Saúde Pública) — Inst. de Saúde Pública — Canela (Salvador).

Antídio de Almeida, Mário (Assist. da Fac. de Ciências Médicas da Univ. Catól. de Minas Gerais) — Rua da Bahia, 640 — ap. 34 (Belo Horizonte).

Antunes, Almir Gusmão (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil.: dermatologista da Beneficência Portuguesa) — Av. Atlântica, 2.242-6.º (Rio).

Aranha Campos, José — Rua Rússia, 426 (S. Paulo).

Arantes, Aguilar (Méd.-aux. da Col. S. Roque) — Hospital São Roque (Piraquara, Paraná).

Areia Leão, A. E. (Ch. de Lab. do Ins. Osvaldo Cruz) — Rua México, 164-1.º (Rio).

Assis, José de (da Santa Casa de Misericórdia) — Av. Gal. Daltro Filho, 77 (Pelotas, R. G. S.).

Azevedo, Paulo Cordeiro de — Rua Presidente Pernambuco, 124 (Belém).

Azulay, Elias (Dermatologista do I.A.P.I.; téc de lab. da P.D.F.) — Rua República do Peru, 230, ap. 502 (Rio).

Azulay, Rubem D. (Prof. Cat. de dérmato-sif. da Fac. Flum. de Med. e doc.-livre da Fac. Nac. de Med) — Rua 5 de Julho, 88 (Rio).

Baracho, Raimundo (Med. do Dep. de Saúde de Pernambuco) — Av. José Rufino, 2619 — Barro (Recife).

Barros, Osvaldo de Toledo (Méd. do I.A.P.I.) — Rua Assembléia, 98, 4.º and.-s. 45 (Rio).

Bastos, Arnaldo — Rua Prof. França, 9 (Salvador).

Batista, Luiz — Rua Cardoso de Almeida, 171 (S. Paulo).

Becker, Paulo Ludwig — Rua Marquês de Herval, 642 (Pôrto Alegre).

Bechelli, Luiz Marino — Rua Artur Azevedo, 566 (S. Paulo).

Belliboni, Norberto — Av. Brig. Luiz Antônio, 350 — 1.º, ap. 13 (S. Paulo).

Bernhard, Armin (Assist. da Enf. de dérmato-sif. da Santa Casa de Pôrto Alegre; venereologia do Dep. Est. de Saúde) — Caixa postal 1264 (Pôrto Alegre).

Bertolli, Bernardino — Rua Martim Afonso, 705 (Curitiba).

Bianco, Afonso — Rua Castro Alves, 469 (S. Paulo).

Bicudo Júnior, J. da Fonseca — Largo Padre Péricles, 48 (S. Paulo).

Bopp, Clóvis — Rua D. Pedro II, 1058 (Pôrto Alegre).

Braga, Manoel da Silva — Av. Conselheiro Furtado, 1.240 (Belém).

Brito, Paulo de Souza — Rua Paissandú, 397 — Partenon (Pôrto Alegre).

Caldas, Heráclito (Ch. do 2.º Serv. de Pele e Sif. do Hosp. S. João Batista da Lagoa) — Av. Princesa Isabel, 58-B, ap. 61 (Rio).

Campos, Ênio Candiota de (Ch. de Clín. do Serv. de Dérmato-Sif. da Santa Casa de Pôrto Alegre; dermatologista do Dep. Est. de Saúde) — Rua Quintino Bocaiuva, 1394 (Pôrto Alegre).

Campos, Silvio — Rua Artur Orlando, 117 (Recife).

Campos Melo, Luiz (Ch. do Serv. de Doenças Venéreas da P.D.F.) — Rua México, 31-3.º, s. 301 (Rio).

Cantídio, W. Moura — Caixa postal 427 (Fortaleza).

Carvalho, Lain Pontes de — Largo da Carioca, 5-1.º, s. 116 (Rio).

Carvalho, Ulisses Castanheira de (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Santa Casa de Belo Horizonte) — Rua Padre Roiim, 959 (Belo Horizonte).

Castelar, Valter Roversi (Assist. do Ambul. 25 da Santa Casa de Misericórdia) — Rua Carvalho Mendonça, 29, ap. 404 (Rio).

Castelo Branco, Fausto Gaioso (Ch. do Serv. de Lepra do Piauí) — Praça Mal. Deodoro, 969 (Teresina).

Castro, Alcides Neves Ribeiro de — Av. Copacabana, 967, ap. 802 (Rio).

Castro, Clóvis de — Ed. Automóvel Clube, Rua Alvares Cabral, ap. 113 (Belo Horizonte).

Castro Barbosa, Paulo de (Ch. do Serv. de Dérmato-Sif. da Polícl. de Botafogo; assist. da Enf. 26 da Santa Casa de Misericórdia) — Rua Anita Garibaldi, 43, ap. 601 (Rio).

Cerqueira, Paulo — Rua Tomé de Souza, 925 (Belo Horizonte).

Cerruti, Humberto — Rua Gabus Mendes, 19, ap. 50 (S. Paulo).

Chaves, Antônio de Castro (Venereol. do Dep. Est. de Saúde) — Av. Independência, 831, ap. 41 (Pôrto Alegre).

Chaves, Olímpio (Livre-doc. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Barão de Bom Retiro, 2.031 (Rio).

Clausell, D. Telechea — Rua Barata Ribeiro, 616, ap. 603 (Rio).

Conceição, José Oliveira — Rua Jacinto Gomes, 152 (Pôrto Alegre).

Cordeiro, Antônio Geraldo — Av. 7 de Setembro, 245, ap. 11 (Salvador).

Costa, João Dias (ex-Méd.-Ch. do Disp. de Doenças da Pele do Centro de Saúde de Curitiba) — Rua Alferes Poli, 283 (Curitiba).

Costa, Leopoldo Domingos Amaral — Rua Benjamin Constant, 205 (Belém).

Costa, Osvaldo Gonçalves (Livre-doc. e assist. da Clin. de Sif. e Mol. da Pele, da Univ. de Minas Gerais) — Rua Ceará, 1991 (Belo Horizonte).

Costa, Paulo Dias da (Ch. da Clin. de Alergia do Hosp. Central da Aeronáutica) — Trav. das Escadinhas, 8 (Rio).

Costa Júnior, Antônio Fernandes da (Livre-doc. de dérmato-sif. da Univ. do Brasil) — Rua México, 98-4.º, s. 409 (Rio).

Cozzolino, Danilo (Assist. de Clin. Dérmato-Sif. da Esc. de Med. e Cir.) — Rua Vicente Licínio, 95 (Rio).

Cruz, Osvaldo Rosa de Vasconcelos (Assist. do Hosp. dos Serv. do Estado) — Rua Ministro Viveiros de Castro, 32, ap. 706 (Rio).

Cunha, Afrânio Rodrigues da (Ch. da Clin. Dérmato-Sifil. da Santa Casa de Uberaba) — Rua Santo Antônio, 8 (Uberaba, Minas Gerais).

Cunha, Alvaro Alberto da — Rua Paraguassú, 136 (S. Paulo).

Cunha, Carlos (Doc.-livre de clin. dérmato-sifil. da Univ. do Paraná) — Av. Jaime Reis, 200 (Curitiba).

Cunha, Custódio Vieira da — Rua Duque de Caxias, 973 (Pôrto Alegre).

Cunha, Heitor de Oliveira (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Rua Conde de Bomfim, 423 (Rio).

Curban, Guilherme — Rua 7 de Abril, 176-7.º (S. Paulo).

Dacorso Filho, Paulo (Prof. de Anat. Patol. da Esc. Nac. de Veterinária) — Rua Araújo Pôrto Alegre, 70-12.º, s. 1.205 (Rio).

Defina, Antônio Francisco — Rua Alagoas, 720 (S. Paulo).

Difini, Joaquim Montano (Dir.-Méd. do I.P.A.S.E.) — Rua Paissandú, 223 (Rio).

Diniz, Orestes — Dir. da Div. de Lepra do Dep. Est. de Saúde) — Rua Emboabas, 619 (Belo Horizonte).

Drolhe da Costa, Edgar Gomensoro (Ch. de Clin. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Rua Souza Lima, 65, ap. 401 (Rio).

Dulcetti, Flávio Francisco — Av. Assis de Vasconcelos, 180 (Belém).

Faillace, Jandir Maia (Livre-doc. da Univ. do Rio Grande do Sul) — Rua Duque de Caxias, 833 (Pôrto Alegre).

Ferreira, João Antônio (Méd-Ch. do Centro de Trat. Rápido da Sif. do Dep. Est. de Saúde) — Rua Dr. Prudente de Morais, 927 (Curitiba).

Ferreira, José Luiz de Souza — Caixa postal 925 (Belém).

Ferreira Filho, Joaquim Martins (Cap.-Tte.-Méd., dermatol. do Hosp. Central da Marinha) — Hospital Naval de Salvador, Praça Almeida Couto (Salvador).

Ferreira da Rosa, Amilcar — Rua Senador Dantas, 20, s. 801 (Rio).

Fialho, Amadeu (Prof. Cat. da Univ. do Brasil) — Rua Almirante Cockrane, 23 (Rio).

Fialho, Francisco (Assist. do Serv. Nac. de Câncer, do M. S.) — Rua Almirante Cockrane, 23 (Rio).

Fiquene, Salomão — Rua 13 de Maio, 503 (S. Luiz).

Foigel, Simão (Ch. de Clin. do Hosp. Pedro II; méd. do Serv. de Profil. das Doenças Venéreas de Pernambuco) — Rua da Saudade, 96 (Recife).

Fonseca, Olimpio da (Prof. Cat. da Univ. do Brasil) — Rua Marquês de Olinda, 18 (Rio).

Fonte, Joir (Ch. de Seção do Serv. Nac. de Lepra, do M. S.) — Rua Washington Luiz, 13-sob. (Rio).

Fraga, Arminio (Livre-doc. da Univ. do Brasil) — Rua Debret, 79-7.º, s. 705 (Rio).

Fraga, Silvio (Assist. da Enf. 26 da Santa Casa de Misericórdia) — Rua Debret, 79-7.º, s. 705 (Rio).

Freire e Silva, Jorge (Assist. da Polici. Geral do Rio de Janeiro) — Rua Dr. Sardinha, 38 (Niterói).

Furtado, Tancredo Alves — Rua Alvarenga Peixoto, 986 (B. Horizonte).

Gabbay, Isac (Assist. do Serv. de Dermat. do Hosp. dos Serv. do Estado) — Av. Copacabana, 178-7.º (Rio).

Genu, J. Oriente de Arruda — Rua México, 41-16.º, s. 1602 (Rio).

Gerbase, José (Dermatologista, em Pôrto Alegre) — Rua Hilário Ribeiro, 299 (Pôrto Alegre).

Gomes, Graco Leite (Ch. do Serv. de Dermat. do I.A.P.E.T.C.) — Praça Floriano, 55-4.º (Rio).

Gonsalves, Benjamin (General-Médico do Exército) — Rua Camaragibe, 13 (Rio).

Gontijo Assunção, João Batista (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Santa Casa de Belo Horizonte) — Rua Goitacazes, 90, ap. 1001 (B. Horizonte).

Gonzaga de Castro, Luis (do Corpo de Saúde Naval) — Av. Copacabana, 1253, ap. 302 (Rio).

Greco, Armando — Rua Guarani, 179 (Belo Horizonte).

Greco, J. B. (Alergista, em Belo Horizonte) — Rua Juiz de Fora, 849 (Belo Horizonte).

Grieco, Vicente (Livre-doc. da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo) — Rua Angatuba, 545 — Pacaembú (S. Paulo).

Grunwald, Daniel, L. S. — Av. João Pessoa, 177 (Pôrto Alegre).

Gubert, Mário (Méd. Leprol. do Dep. Est. de Saúde) — Rua Saldanha Marinho, 1148 (Curitiba).

Guimarães, Heitor — Rua Siqueira Campos, 1.170 (Pôrto Alegre).

Guimarães, José Luiz — Alameda Nothmann, 668 (S. Paulo).

Guimarães, Newton Alves (Prof. Cat. de dérmato-sif. da Univ. da Bahia) — Rua Afonso Celso, 28, ap. 14 — Barra (Salvador).

Guimarães, Oscar Pereira (Assist. da Clinica Dérmato-Sifil. da Univ. da Bahia) — Rua Dr. Pedro Júlio Barbuda, 1 (Salvador).

Haddad Neto, N. — Rua México, 41-8.º, s. 807 (Rio).

Jacintho, Romeu Vieira (Assist. vol. da Clin. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Rua Lavradio, 106, ap. 103 (Rio).

Lacaz, Carlos da Silva (Prof. Cat. de Microbiol. e Imunol. da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo) — Caixa postal 951 (S. Paulo).

Legene, Paulo Cardoso — Av. 13 de Maio, 13-11.º, s. 11 (Rio).

Leitão, Albino — Rua Campo Grande, 15 (Salvador).

Lembi, Alberto (Dermatologista do I.A.P.C.) — Rua Benjamin Constant, 113 (Rio).

Levi, Alberto Simão — Rua Santo Amaro, 14, ap. 75 (Rio).

Lima, Erasmo — Rua S. José, 85-6.º (Rio).

Lima, Gorki Mecking de (Doc.-livre de Anat. Patol. da Univ. do Rio Grande do Sul e patologista do Inst. Biol. do Dep. Est. de Saúde) — Rua Vicente da Fontoura, 2.676 (Pôrto Alegre).

Lira, Olavo de Andrade (Dermatologista do Centro de Saúde n. 10 e do Inst. Clin. de Madureira) — Av. Maracanã, 33 (Rio).

Lobato, Milton Luna — Trav. Rui Barbosa, 827 (Belém).

Lobo, Jorge (Prof. Cat. de dérmato-sif. da Univ. do Recife) — Rua Amaro Bezerra, 584 (Recife).

Lobo, Paulo de Souza (Ch. do Serv. de Dermat. e Radiot. da Polici. de Pescadores) — Rua Marquês de S. Vicente, 233 (Rio).

Loisier, Paul — Rua 24 de Outubro, 950 (Pôrto Alegre).

Lopes, Cid Ferreira — Rua Piauí, 923 (Belo Horizonte).

Lopes, Elson Damasceno — Vila IPASE, casa 20 (Rio Branco, Território do Acre).

Lopez, Aurélio Ancona (Dermatologista do Hosp. do Serv. Social de Menores) — Rua Manoel da Nóbrega, 151 (S. Paulo).

Louzada, Antônio — Rua Santa Terezinha, 186 (Pôrto Alegre).

Macedo, José Mariano Cavaleiro de — Rua João Balbi, 175 (Belém).

Machado, Osolando Júdice (do Serv. Nac. de Câncer, do M. S.) — Av. Graça Aranha, 333-2.º, s. 209 (Rio).

Maciel, Flaminio Almeida (Dermatologista do I.A.P.C.) — Ed. Duarte da Silveira, 3.º, s. 302 (João Pessoa).
Magalhães Gomes, Edgard (Prof. Cat. da Univ. do Brasil) — Rua México, 41-18.º, s. 1804 (Rio).
Malaquias, Guilherme — Av. Copacabana, 403, ap. 12 (Rio).
Mangeon, Gilberto (ex-Dir. do Hosp.Col. Curupaiti) — Praia de Botafogo, 198 (Rio).
Maranhão Filho, Paulo — Av. Nazaré, 281 (Belém).
Margutti, Luiz (do Hosp. S. João Batista da Lagoa e da Cruz Vermelha) — Rua Marquês de S. Vicente, 458 (Rio).
Mariano, José — Rua Grão Pará, 747 (Belo Horizonte).
Marques, Halley — Rua Mal. Floriano, 362 (Pôrto Alegre).
Marques, Artur Pôrto (Assist. do Hosp.-Col. Curupaiti) — Rua Juiz de Fora, 22 (Rio).
Marques dos Santos, Everardo (Assist. da Enf. 26 da Santa Casa do Rio) — Rua Gal. Pereira da Silva, 47 — Icaraí (Niterói).
Marsiaj, Nino (Doc.-livre da Univ. do Rio Grande do Sul) — Caixa postal 205 (Pôrto Alegre).
Martinelli, Marcelo (Curitiba).
Martins de Castro, Abilio (Dermatologista, em S. Paulo) — Rua Veiga Filho, 259 (S. Paulo).
Matos, Osmar — Caminho de Itaoca, 695 — Bonsucesso (Rio).
Medeiros, Cecy Mascarenhas de (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Av. Lineu de Paula Machado, 52 (Rio).
Medina, Heitor S. G. — Caixa postal 357 (Curitiba).
Melo, Arnaldo Tavares de (da Div. de Org. Sanit., do M. S.) — Av. Gal. Justo, 275, bloco 13, s. 402 (Rio).
Melo, Emilio Fiúza de — Av. Conselheiro Furtado, 239 (Belém).
Mendes, José Pessoa (Dermatologista, em Pôrto Alegre) — Rua Esperança, 336 (Pôrto Alegre).
Mendes de Castro, Benedito (Dermatologista do Serv. de Saúde Escolar) — Rua Atlântica, 463 (S. Paulo).
Menezes, Dardo (Dermatologista e venereologista, em Uruguaiana) — Rua Gal. Bento Martins, 32 (Uruguaiana, R. G. do Sul).
Mesiano, Aquiles (Ch. da Clin. Dérmato-Sifil. do Hosp. Central do Marinha) — Av. Lineu de Paula Machado, 836 (Rio).
Mesquita, André Petrarca de (Dermatologista do I.A.P.E.T.C.) — Rua Prof. Gabizo, 157 (Rio).
Mindello, José Luiz de Araújo — Av. Gentil Bittencourt, 461 (Belém).
Miranda, José Lisboa — Rua Ramon Franco, 51 (Rio).
Miranda, Rui Noronha (Prof. Cat. de dérmato-sif. da Univ. do Paraná) — Rua Bruno Filgueira, 376 (Curitiba).
Miranda, Valdemir (Doc.-livre da Fac. de Med. da Univ. do Recife; Dir. da Casa de Saúde S. Marcos) — Av. Portugal, 52 (Recife).
Miranda Júnior, João (Dermatologista da Ordem Terceira da Penitência) — Rua Uruguaiana, 12-3.º (Rio).
Molo, Miguel Agostinho Risola (Dermatologista do I.A.P.C.) — Avenida Presidente Vargas, 418-17.º (Rio).
Monteiro, Alfredo Bahia — Av. Araújo Pinho, 16, ap. 3 (Salvador).
Morais, José Dias de (Dermatologista, em Santos) — Rua Vasconcelos Tavares, 25 (Santos, S. Paulo).
Morais, Mário Augusto Pinto de — Rua Manoel Barta, 625 (Belém).
Morais, Rui Gomes de (Prof. Cat. da Univ. do Brasil e da Esc. de Med. e Cir. do Inst. Hahnemanniano) — Rua 12 de Maio, 223 (Rio).
Moreira da Fonseca, Joaquim (Prof. Cat. da Univ. do Brasil) — Rua São José, 85-5.º (Rio).
Moses, Artur — Rua Rosário, 134-1.º (Rio).
Mota, Célio P. — Av. 15 de Agôsto (Ed. Importadora, ap. 702) (Belém).
Moura, Aureliano Matos de (Dir. da Div. de Lepra do Dep. Est. de Saúde) — Rua Lamenha Lins, 88 (Curitiba).
Moura Costa, Henrique de (Dir.-Téc. da Fund. Gaffrée-Guinle) — Trav. João Afonso, 38 (Rio).

Mourão, Benedictus Mário — Rua Junqueiras, 55 (Poços de Caldas, Minas Gerais).

Mourão, Gui (Méd.-Ch. do Lab. da Col. S. Roque; méd. leprol. pelo D.N.S.) — Rua Dr. Murici, 708-3.º, s. 330 (Curitiba).

Negreiros, Eleutério Brum — Av. Nilo Peçanha, 26-2.º, s. 204 (Rio).

Néri Guimarães, Felipe (Ch. de Seção do Inst. Osvaldo Cruz) — Rua Carvalho Azevedo, 11, ap. 202 (Rio).

Neves, Francisco José (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Santa Casa) — Av. Paraúna, 441 (Belo Horizonte).

Niemeyer, Armin — Rua Vigário José Inácio, 311-2.º (Pôrto Alegre).

Nogueira, Cássio (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Rua Assembléia, 104-5.º, s. 502 (Rio).

Nolasco, Arnaldo (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Univ. do Recife) — Rua da Saudade, 313 (Recife).

Oliveira, Adalberto Mendes de — Rua Grajaú, 53 (Rio).

Oliveira, Nelson Vitor de — Rua Conselheiro Galvão, 110 (Rio).

Oliveira, Wilson Coqueiro de — Av. Alcindo Cacela, 860 (Belém).

Oliveira Lima, A. — Av. Rio Branco, 277-12.º, s. 1210 (Rio).

Orsini de Castro, Olinto (Prof. Cat. da Univ. de Minas Gerais) — Av. Paraná, 430 (Belo Horizonte).

Padilha Gonçalves, Antar (Dermatologista do Banco do Brasil S. A., assist. de dérmato-sifil. da Esc. de Med. e Cir.) — Av. Ataulfo de Paiva, 1079 (Rio).

Paes de Oliveira, Paulo (Médico do Exército) — Rua Ferreira Viana, 35, ap. 101 (Rio).

Paiva, Gustavo Ferreira de (Assist. da Clin. Dermatol. da Santa Casa) — Rua Fernandes Tourinho, 955 (Belo Horizonte).

Parreiras Horta, Eduardo — Rua Barão de Lucena, 81 (Rio).

Parreiras Horta, Paulo (Prof. Cat. de dérmato-sifil. da Fac. Flum. de Med.) — Rua Barão de Lucena, 81 (Rio).

Patricio, Luiz Dias — Rua 7 de Abril, 118-7.º (S. Paulo).

Peixoto, Perilo Galvão (Ch. da Clin. Dermatol. do I.P.A.S.E.) — Rua Oliveira Rocha, 54, ap. 202 (Rio).

Peixoto Guimarães, José Pena (Dermatologista do I.A.P.C.) — Rua Clarimundo de Melo, 1101 (Rio).

Penalva Costa, Fábio (Assist. da Univ. do Brasil) — Rua México, 98-4.º, s. 409 (Rio).

Pereira, Acúrcio L. (Dermatologista do I.P.A.S.E.) — Ed. Mariana, 4.º, s. 416 (Belo Horizonte).

Pereira, Antônio Carlos — Rua Halfeld, 603-1.º (Juiz de Fora).

Pereira, Ciro de Campos Aranha — Rua Henrique Martins, 169 — Vila Paulista (S. Paulo).

Pereira, Oaci Carlos — Rua Araújo Pôrto Alegre, 70-5.º, s. 515 (Rio).

Pereira Filho, Manoel (Prof. Cat. de Microbiol. da Univ. do Rio Grande do Sul) — Av. Copacabana, 748, ap. 1204 (Rio).

Pereira da Silva, Carlos Leite (Prof. Cat. de dérmato-sif. da Univ. do Rio Grande do Sul) — Rua Dr. Timóteo, 395 (Pôrto Alegre).

Pereira Gomes, Rui (Dermatologista do Serv. Méd. do Ministério da Fazenda) — Rua Marquês de Pinedo, 71 (Rio).

Pereira Rêgo, Aguinaldo (Livre-doc. da Univ. do Brasil) — Rua Tereza Guimarães, 144 (Rio).

Periassú, Demétrio Bezerra Gonçalves (Livre-doc. da Univ. do Brasil; Ch. de Clin. da Esc. de Med. e Cir.) — Av. Copacabana, 664, ap. 903 (Rio).

Pimenta, W. de Paula — Alameda Lorena, 1.784 (S. Paulo).

Pinto, José Thiers (Ch. de Lab. de Clin. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Rua Prof. Estelita Lins, 63 (Rio).

Pinto, Moacir Teixeira — Centro de Saúde de Londrina (Londrina, Paraná).

Plascência Filho, Félix (Méd. venereol. do Dep. Est. de Saúde) — Rua Andradas, 1073-3.º, ap. 1 (Pôrto Alegre).

Pondé, Adriano (Prof. Cat. da Fac. de Med. da Univ. da Bahia) — Rua 8 de Dezembro, 38 (Salvador).

Pondé, Armando — Rua Boulevard Suiço, 57 (Salvador).

Pontes, Flávio de Brito — Av. Gentil Bittencourt, 58 (Belém).

Portela, Osvaldo Baltazar (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Rua Buenos Aires, 70-5.º (Rio).

Pôrto, Jarbas Anacleto (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. do Hosp. dos Serv. do Estado) — Av. Copacabana, 1099, ap. 402 (Rio).

Portugal, Hildebrando Marcondes (Livre-doc. e assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil; Prof. Cat. de Histol. da Fac. de Ciências Médicas) — Rua Prudente de Morais, 1189 (Rio).

Portugal, Osvaldo — Rua Batatais, 538 (S. Paulo).

Proença, Paulo (ex-Ch. de Lab. da antiga Insp. de Profil. da Sífilis, Lepra e Doenças Venéreas) — Rua Voluntários da Pátria, 286 (Rio).

Prudêncio, João (Méd. do Serv. de Doenças Venéreas do 3.º Centro de Saúde do Estado) — Rua Paraguassú, 20 (Salvador).

Quintela, Jorge (Dermatologista do I.A.P.T.E.C.) — Rua Comendador Palmeira, 242 — Farol (Maceió).

Rabelo, Eduardo (*).

Rabelo, Francisco Eduardo Acióli (Prof. Cat. de dérmato-sif. da Univ. do Brasil) — Praia do Flamengo, 118-4.º (Rio).

Rabinowits, José (Ch. do Serv. de Dermat. da Policlin. Israelita) — Av. Copacabana, 872, ap. 903 (Rio).

Ramos e Silva, João (Prof. Cat. de dérmato-sifil. da Esc. de Med. e Cir.) — Av. 13 de Maio, 37-3.º (Rio).

Renda, José (Assist. da Univ. do Recife) — Ed. Trianon, s. 101 — Av. Guararapes (Recife).

Ribeiro Neto, Domingos Oliveira (Livre-doc. e assist. de dérmato-sif. da Univ. de S. Paulo) — Rua Dr. Melo Alves, 235 (S. Paulo).

Ribeiro, A. A. de Almeida — Rua Ramalhete, 550 (Belo Horizonte).

Rietmann, Bruno — Lad. de S. Bento, 8 (Salvador).

Risi, João Batista (Dir. do Inst. de Leprologia, do Serv. Nac. de Lepra do M. S.) — Rua Gastão Gonçalves, 21 (Niterói).

Rocha, Clóvis Soisson da — Rua Castro Alves, 74 (Rio).

Rocha, Darci (Livre-doc. e assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Rio Grande do Sul) — Rua Azenha, 705 (Pôrto Alegre).

Rocha, Gline Leite (Livre-doc. e assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Rua México, 41-5.º, s. 502 (Rio).

Rocha, Maria Clara M. de (Doc-livre de Clín. Pediátrica e Hig. Infantil da Univ. do Rio Grande do Sul) — Rua Gal. Vitorino, 273, ap. 3 (Pôrto Alegre).

Rocha Neto, Mário Jorge Fernandes da — Sinimbu, 1562 (Caxias do Sul, R. G. do Sul).

Rodrigues, Augusto Chaves — Trav. Rui Barbosa, 862 (Belém).

Rossas, Tomaz Pompeu (Dir. do Serv. Nac. de Lepra, do M. S.) — Rua Pe. Leonel França, 100, ap. 102 (Rio).

Rossetti, Nicolau (Prof. de dérmato-sif. da Esc. Paul. de Med.) — Rua Baroneza de Itú, 459 (S. Paulo).

Rotberg, Abrãao (Méd. do Dep. de Profil. da Lepra) — Rua Barão Alvares, 1028 (S. Paulo).

Rutowitsch, Mário (Livre-doc. da Univ. do Brasil; Ch. do Serv. de Dérmato-Sif. do Hosp. dos Serv. do Estado) — Rua Otávio Correia, 253 (Rio).

Sá e Silva, Lauro (Radiologista da Assistência Municipal) — Rua Alcindo Guanabara, 15-A-7.º (Rio).

Saliba, Nagib — Av. Augusto de Lima, 1568 (Belo Horizonte).

Sampaio, Sebastião de Almeida Prado — Rua Tefé, 356 (S. Paulo).

Sanson, Raul D. de (Prof. Cat. da Univ. do Brasil; Ch. de Serv. da Policlin. de Botafogo) — Rua Debret, 79-2.º, s. 201 (Rio).

(*) Antigo Prof. Cat. de dérmato-sif. da Univ. do Brasil, falecido em 1940. Seu nome será perpètuamente conservado na lista dos componentes da Sociedade, conforme deliberação tomada em sessão de outubro de 1940.

Santos, Carlos Candal dos (Doc.-livre de Patol. Geral da Univ. do Rio Grande do Sul) — Rua Andradas, 1534, térreo, fundos (Pôrto Alegre).

Santos, José Malheiros dos (Laboratórilista da Div. de Lepra) — Rua São Paulo, 498-3.º (Belo Horizonte).

Sarmento, Telmo Rodrigues — Av. 15 de Agôsto — Ed. Renascença, ap. 902 (Belém).

Schweidson, José (Assist. voluntário da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Paraná) — Av. 7 de Setembro, 2191 (Curitiba).

Serra, Osvaldo (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Rua Laranjeiras, 490 (Rio).

Silva, Alcides de Azevedo (da Fund. Gaffrée-Guinle e do Hosp. Geral da Santa Casa) — Rua Barão de Itapagipe, 117 (Rio).

Silva, Armando Domingos da (Micologista do Dep. de Saúde Pública) — Inst. de Saúde Pública — Canela (Salvador).

Silva, Cândido de Oliveira e (Assist. do Inst. de Leprol. do Serv. Nac. de Lepra, do M. S.) — Rua Engenheiro Pena Chaves, 15, ap. 202 (Rio).

Silva, Domingos Barbosa da — Rua Benjamin Constant, 767 (Belém).

Silva, Hugo Santos (Dermatologista da Santa Casa) — Av. Francisco Glicério, 654 (Santos).

Silva, Ives Palermo da — Praça D. Pedro II, 101 (Salvador).

Silva, Manoel Eugênio da (Ch. de Secção de Micologia do Inst. de Saúde Pública) — Ints. de Saúde Pública — Canela (Salvador).

Silva, Moacir dos Santos — Rua Santa Luzia, 732-9.º (Rio).

Silva, Newton Neves da — Av. Bastion, 528 (Pôrto Alegre).

Silvani Filho, Aníbal Muniz (Anátomo-patol. do Hosp. Santa Isabel; Assist. de Anat. Patol. da Univ. da Bahia) — Rua Conceição Foeppel, 51 (Salvador).

Silveira, Edú Dias da (Assist. de Microbil. da Univ. do Rio Grande do Sul) — Pano da Areia, 5926 (Pôrto Alegre).

Soares, José Augusto — Rua Castro Alves, 53 (S. Paulo).

Souza, Argemiro R. de — Rua Xavier de Toledo, 71-5.º (S. Paulo).

Souza, Cristóvão Colombo de (da Esc. Veterinária do Exército) — Trav. Guimarães Natal, 7, ap. 301 (Rio).

Souza, Paulo Alvaro de (Assist. da Univ. do Recife e méd. do Serv. de Lepra do Est.) — Av. Cruz Gabuga, 855 (Recife).

Souza-Araújo, Heráclides César de (Ch. de Lab. do Inst. Osvaldo Cruz) — Av. 13 de Maio, 37-1.º (Rio).

Souza Coelho, Roberto de — Av. Rio Branco, 251-15.º (Rio).

Spencer Ferreira, Herbert (Méd. Leprol. do Dep. Est. de Saúde) — Av. Jerônimo de Ornellas, 145 (Pôrto Alegre).

Srur, Armando Sabaa — Rua Boaventura da Silva, 274 (Belém).

Terra, Fernando (*).

Tibiriçá, Paulo de Queiroz Teles (Prof. Cat. de Anat. Patol. da Univ. do Rio Grande do Sul) — Praça Dom Feliciano, 56, ap. 121 (Pôrto Alegre).

Tôrres, Otávio (Prof. da Univ. da Bahia) — Rua Rocha Galvão, 22 — (Salvador).

Tostes de Campos, José (do Lab. Central de Saúde Pública do Est. do Rio) — Rua Tavares de Macedo, 222 (Niterói).

Tramujas, Armando (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Paraná) — Rua do Rosário, 99 (Curitiba).

Treuherz, Valter — Rua Barão de Itapetininga, 120-7.º (S. Paulo).

Viana, João Bancroft (Assist.-cirurgião do Serv. Nac. de Câncer, do M. S.) — Av. Presidente Vargas, 529, s. 2.107 (Rio).

Vieira, João Paulo — Rua Libero Badaró, 488-3.º (S. Paulo).

Vieira Braga, Raul (Dermatologista do I.A.P.I.) — Rua Conde de Bonfim, 1228, ap. 403 (Rio).

Vilas Boas, Jaime (Insp.-Téc. da Fund. Gaffrée-Guinle) — Rua Barão de Itaipú, 391 (Rio).

(*) Antigo Prof. Cat. de dérmato-sif. da Univ. do Brasil, falecido em 1947. Seu nome será perpètuamente conservado na lista dos componentes da Sociedade, conforme deliberação tomada em sessão de maio de 1947.

Vilas Boas, Norberto d'Avila (do Serv. de Dermat. da Fund. Gaffrée-Guinle) — Rua Barão de Itaipú, 391 (Rio).
Villela Pedras, José Augusto — Av. Delfim Moreira, 558 (Rio).
Xavier, Alvorino Mércio — Rua Goitacaz, 223 (Pôrto Alegre).
Zéo, Arnaldo (Dir. do Hosp.-Col. de Curupaiti) — Av. Graça Aranha, 326-5.º, ap. 52-A (Rio).
Zilberberg, Benjamin — Rua Melo Alves, 712, ap. 21 (S. Paulo).

Sessão de 29 de setembro de 1954

EXPEDIENTE:

Havendo "quorum", o Sr. Presidente declara aberta a sessão e convida, para fazer parte da mesa, o Prof. Rui N. Miranda, de Curitiba.

São propostos: para sócio efetivo, o Dr. OSMAR MATOS, do Distrito Federal, e, para sócio correspondente, o Dr. DAVID GRINSPAN, de Buenos Aires.

Comunica o Sr. Presidente o agradecimento da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora à S.B.D.S., por haver enviado ao 1.º Congresso de Medicina e Cirurgia, realizado naquela cidade, em agôsto último, uma comissão de sifilógrafos, dentre os quais o Prof. F.E. Rabelo, orientador de um simpósio sôbre o tratamento da sífilis, o que se fêz com brilhantismo. Aproveita o ensejo para propor um voto de louvor ao Dr. Antonio Carlos Pereira, digno presidente daquela entidade e do referido Congresso, e um dos grandes valores da Dermatologia nacional, pelo sucesso alcançado no mesmo certame científico.

Referindo a ausência de retratos de ex-presidentes na sala destinada para tal fim no Pavilhão São Miguel, praxe interrompida na gestão do Prof. F. E. Rabelo, o Dr. Costa Júnior solicita que tal prática seja restabelecida. Respondendo, o Prof. Rabelo manifesta-se contrário à idéia de colocar o seu retrato no Serviço do qual é chefe, rogando que se concorde com esta decisão, ditada pelo fôro íntimo.

ORDEM DO DIA:

ATROFIA CUTANEA PIGMENTADA — DR. P. CASTRO BARBOSA

E' apresentada uma senhora, de 28 anos de idade, branca, com placas deprimidas, atróficas, pigmentadas, ovóides, localizadas no dorso, datando de dois anos, e que não sofreram nenhuma modificação desde o seu início.

Inicialmente pensou tratar-se de forma de atrofia cutânea pigmentada primitiva. Como não havia visto casos semelhantes, pensou também na possibilidade de poiquilodermia circunscrita, de esclerodermia em placas, de poiquilodermatomiosite circunscrita, ou de anetodermia eritematosa de Jadassohn.

O Prof. Portugal, que realizou o exame histopatológico, estabeleceu, logo de início, a conexão clínica do caso com um outro, que havia observado juntamente com o Prof. Ramos e Silva, em 1932, caso êste publicado nos Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia, sob o título de "atrofodermia pigmentada nevóide em placas" e que, por sua vez, era muito semelhante ao caso apresentado por Kogoy e Farkas em 1929.

Observa-se, contudo, uma diferença evolutiva entre o caso apresentado e o caso inicial de Kogoy e Farkas e o dos Profs. Ramos e Silva e Portugal. Em o caso apresentado as lesões surgiram aos 26 anos de idade, enquanto que, nos outros dois, as manifestações se verificaram em tenra idade.

COMENTÁRIOS:

Prof. H. Portugal — O diagnóstico do caso decorreu pròpriamente da experiência com o caso anterior do Prof. Ramos e Silva. Com relação ao exame histopatológico, foi encontrada uma rarefação de fibras elásticas na camada profunda da derme. Contudo, a histologia de um outro caso, observado recen-

temente, revelou escassez dessas fibras em determinados pontos e abundância em outros; não se trata, por conseguinte, de atrofia elástica, porém de má distribuição das mesmas. Tais lesões se filiariam aos nevos conjuntivos, como foram descritos por Guttman, que os dividiu em nevos colágenos ou fibrosos e nevos elásticos. Um tipo intermediário seria aquêle em que se observasse a má distribuição das fibras elásticas, como no caso aludido.

CASO DE POROQUERATOSE ZONIFORME — Dr. Olavo Dantas

Trata-se de jovem, portador de lesões circulares, rugosas e múltiplas, datando de 3 anos, unilaterais, e que apresentam um aspeto zoniforme, parecendo seguir o trajeto do nervo braquial cutâneo interno e do seu acessório. Observam-se, também, algumas lesões na coxa.

Comentários:

Prof. J. Ramos e Silva — Felicita o autor, pela apresentação de caso tão bonito, sob o ponto de vista dermatológico, não só pelas lesões que são absolutamente típicas, como pelo caráter sistematizado de erupção, enquandrando-se na forma mínima de poroqueratose descrita por Freund.

CASO DE LÚPUS VULGAR *(3.º apresentação — as duas anteriores foram pró-diagnose)* — Prof. R.D. Azulay e Dr. J.D. Azulay

E' apresentado o caso de indivíduo procedente do Ceará, onde, há dois anos, sua doença teve início, com duas lesões lupóides, uma localizada na face e outra na perna. Os diagnósticos de leishmaniose, sífilis, sarcóide e micose de Lutz foram sucessivamente eliminados pelas provas laboratoriais e terapêuticas. A inoculação em cobaio após quatro meses resultou positiva, sob a forma de lesão puramente localizada, sem repercussão ganglionar. No decorrer da observação o paciente apresentou gânglios cervicais infartados que, inoculados em cobaio, determinaram uma orquiepididimite tuberculosa típica macroscópica e bacterioscópica.

O tratamento pela hidrazida determinou, até o momento, franca involução das lesões, sendo que se apresenta totalmente cicatrizada a da face, na qual, porém, se processou uma infecção secundária, por ocasião da biópsia, o que deve ter alterado a reatividade local, auxiliando o processo da cicatrização.

E' chamada a atenção para os seguintes pontos: 1.º) trata-se do primeiro doente de lúpus vulgar do norte do Brasil, constituindo uma exceção à regra, formulada no Serviço do Prof. Rabelo, da inexistência do lúpus vulgar naquela região do país; 2.º) a diminuta virulência do germe, traduzida pela tardia resposta do cobaio; 3.º) a cicatriz da incisão do gânglio retirado da região látero-cervical esquerda apresenta-se sob a forma de uma cicatriz típica de escrofuloderma.

Comentários:

Prof. F.E. Rabelo — Acentua o interêsse do caso, no que respeita ao aspecto geográfico da questão. Lembra o caso de paciente, apresentado na Sociedade como lúpus vulgar da garganta, que mostrou, posteriormente, ser uma leishmaniose; tratava-se de indivíduo procedente de Sergipe, tendo contraído a doença no seu Estado. E' provável que o paciente do Prof. Azulay seja o primeiro caso de lúpus vulgar da região nordestina, considerando que o Prof. Jorge Lobo, em Recife, ainda não observou nenhum caso em mais de vinte anos de prática.

Outro ponto interessante é a resposta tardia à inoculação e a relativa benignidade da mesma. Enquanto que para os tisiologistas uma resposta de noventa dias significa o limite, para os dermatologistas é apenas um têrmo médio. Por outro lado, é de considerar a pouca virulência do bacilo causador

do lúpus vulgar, o que já foi demonstrado com muita nitidez. E, finalmente, a resposta terapêutica à hidrazida, sempre muito favorável nas tuberculoses típicas, mais uma vez situa o lúpus vulgar no conjunto dessas afecções.

Prof. H. Portugal — Cita um caso observado em 1929, na Clínica Dermatológica da Universidade do Brasil, no qual se verificaram as mesmas dificuldades diagnósticas. Era um paciente do Dr. Costa Júnior, com lesões na face e para o qual havia sido feito o diagnóstico de lúpus vulgar, em conseqüência do fracasso da terapêutica antimonial. Este diagnóstico foi negado por Darier e, no ano seguinte, confirmado por Jadassohn, quando o paciente já apresentava, no pescoço, gânglios palpáveis de estrutura tuberculosa, atestada pelo exame histopatológico.

Com respeito à inoculação no cobaio, aconselha a realização da prova tuberculínica, na diluição de 1/10, no animal inoculado, que poderá fornecer uma resposta segura já no vigésimo dia.

Prof. R.N. Miranda — Tendo observado quatro casos de lepra tuberculóide, cujas lesões cutâneas regrediram após biópsia, pergunta ao Prof. Azulay se a manobra da biópsia não influiu na cicatrização da lesão da face. Teve, também, ocasião de presenciar um caso do Prof. Degos, na Sociedade Francêsa de Dermatologia, no qual uma lesão túbero-circinada de sífilis havia regredido após biópsia.

Prof. R.D. Azulay — Atribui a cicatrização da lesão mais à infecção do que realmente à biópsia, embora acredite que a biópsia, como qualquer outro método capaz de excitar o tecido, possa agir benèficamente em granulomas tuberculóides em geral.

CASO DA DOENÇA DE JORGE LOBO — Prof. R.D. Azulay

Trata-se de paciente procedente do Acre, com 36 anos de idade e que há 6 anos foi picado por inseto, na orelha, surgindo, no local, pequena pápula, que persistiu estacionária durante 1 ano. Esta aumentou de volume e tamanho, e, no momento, êle apresenta, não só na parte interna, como na externa, dêsse pavilhão, uma lesão de aspecto queloidiano, bosselada, de superfície lisa e brilhante, de tonalidade róseo-amarelada, com alguma telangiectasia percorrendo-a.

O exame entre lâmina e lamínula revelou a presença de um parasito de duplo contôrno, que deve ser considerado como o agente da doença de Jorge Lobo. O parasito está sendo estudado juntamente com o Dr. Lisboa Miranda, tendo sido realizadas inoculações em testículo de rato, testículo de cobaio e na cavidade peritoneal de camondongo.

Comentários:

Dr. A. Padilha Gonçalves — Teve oportunidade de estudar, em um caso, o aspecto do parasito, não só ao exame direto como principalmente nos cortes, e, em particular, a inoculação dêsse material. Com relação à inoculação em testículo de cobaio, nada se observa mesmo após longo tempo de observação, de maneira diversa do agente causal da micose de Lutz, em que as inoculações são sempre positivas. Acredita que sejam parasitos diferentes, aceitando-se, quando muito, a possibilidade de pertencerem ao mesmo gênero, como propõe Siqueira Carneiro.

Prof. F.E. Rabelo — Acentua que, mesmo que se demonstre serem os parasitos da micose de Lutz e da micose de Jorge Lobo muito próximos na sistemática, com segurança êles não são antigênicamente iguais. A histologia patológica, caracterizada por uma proliferação histiocitária muito diversa dos granulomas autênticos da micose de Lutz, e, como consta desde 1936, pela infiltração graxa (xantomização), a torpidez extrema do processo, a geografia definida dos casos, enfocada na bacia amazônica, o dermatropismo obrigatório, mostram a autonomia da micose de Jorge Lobo.

Dr. J. Lisboa Miranda — Informa, relativamente à distribuição geográfica da doença de Jorge Lobo, que foi assinalado um caso dessa micose, descrito, em Costa Rica, pelo Dr. A. Trejos. Um outro foi observado pelo

aparteante, no Hospital Evandro Chagas, do Instituto Osvaldo Cruz, sendo o paciente um índio originário do Brasil Central. Aliás, informações prestadas pelo Serviço de Proteção aos Índios, por intermédio do Dr. Noel Nutels, dão conta de que cêrca de 20% dos índios da mesma tribu do paciente referido apresentam êsse tipo de lesões queloidianas. No que tange à localização das lesões, salienta que, no descrito em Costa Rica, havia comprometimento ganglionar à distância das lesões cutâneas. Com efeito, estas se situavam abaixo do joelho do paciente e um gânglio crural do lado correspondente apresentava-se aumentado de volume. A biópsia dêste gânglio revelou a presença de parasitos.

O aparteante tem tentado, sem sucesso, a obtenção de lesões experimentais em diversos animais de laboratório. Em um dos cobaios inoculados por via subcutânea, que morreu acidentalmente um mês após, foi possível encontrar o parasito no local de inoculação. As alterações histopatológicas eram inteiramente diversas daquelas observadas na doença de Jorge Lobo. Crê que os parasitos observados pertenciam ao "inoculum" e que seriam mais tarde provàvelmente destruídos. E' essa a opinião do Prof. H. Portugal, a quem foi mostrado o corte histológico.

Sob o ponto de vista micológico, não se pode, ainda, de modo seguro, opinar quanto à sistemática do fungo.

O aparteante não conseguiu, nos caso por êle estudados, o cultivo do cogumelo; por isso não pode formar um juízo próprio e as opiniões dos autores que conseguiram isolar o parasito não são acordes, entre si.

Prof. R.D. Azulay — Baseado nos argumentos apresentados pelo Prof. Rabelo e mais ainda na ausência de resposta terapêutica à sulfa na doença apresentam, não só na doença de Jorge Lobo, mas também na lepra e leishcomuns de laboratório, acredita que se trate de duas doenças diferentes.

Chama a atenção para o fato de que essas lesões bosseladas, tuberosas, apresentam, não só na doença de Jorge Lobo, mas também na lepra e leishmaniose, uma riqueza extraodinária de parasitos.

NECROBIOSE LIPOÍDICA — Dr. D. Peryassú, Prof. J. Ramos e Silva e Prof. H. Portugal

E' apresentada uma doente com lesões bi-laterais, sediadas nos cotovelos e caracterizadas por uma atrofia cutânea, no meio da qual são encontradas numerosas pápulas de uma tonalidade róseo-amarelada. A evolução do processo data de 6 anos, sendo que há 4 anos atrás se apresentou um diabetes frusto, do qual a paciente está no momento completamente compensada, conforme a curva glicêmica inteiramente normal, e sòmente o colesterol aumentado, numa primeira dosagem com 210 mg%, na segunda dosagem subindo a 380 mg%.

Foram formulados três diagnósticos: granuloma anular, necrobiose lipoídica e xantoma diabético. O diagnóstico de necrobiose lipoídica foi confirmado pelo exame histopatológico, realizado pelo Prof. Portugal.

Comentários:

Prof. F.E. Rabelo — Com relação ao granuloma anular e à necrobiose lipoídica, acredita não haver mais dúvidas, compreendendo-se que os três elementos — a idade, o diabetes e o granuloma anular — podem se apresentar combinados das mais variadas maneiras, sem que, com isso, o adotar-se a síndrome de granuloma anular implique em eliminar a necrobiose lipoídica. As duas síndromes têm a sua representação objetiva freqüentemente autônoma e diferente.

Dr. Jarbas A. Pôrto — Teve ocasião de observar, nos Estados Unidos, seis casos de necrobiose lipoídica, todos em mulheres, sendo que em nenhum dêles encontrou lesões com o aspecto apresentado pela paciente. Com relação à presença de diabetes, segundo a opinião de alguns especialistas norte-americanos, êste far-se-á presente posteriormente, nos portadores de necrobiose lipoídica que não o apresentarem.

Prof. H. Portugal — Justifica o diagnóstico histopatológico de necrobiose lipoídica, pela presença de lipóides dentro do granuloma, fato que não se observa no granuloma anular. A necrose tão completa, como no caso, é raro no granuloma anular, segundo a sua experiência de 20 anos; o que se observa é um estado de pré-necrose.

Dr. D. Peryassú — Recorda dois casos de necrobiose lipoídica que já teve ocasião de observar, concluindo tratar-se de uma doença muito rara.

CASO DE FRAMBOÉSIA (BOUBA RECENTE) — DRS. M. RUTOWITSCH e A. M. POSSE FILHO

Trata-se de M. V., de 9 anos, brasileira, natural da Paraíba (Guarabira).

Doenças próprias da 1.ª infância: aos 8 anos, teve "impinges", na face e no couro cabeludo, onde ainda se percebem cicatrizes atróficas.

A doença atual começou há 6 meses, quando em viagem da Paraíba para o Rio de Janeiro. Manifestou-se sob a forma de lesão arredondada, eritêmato-papulosa, pruriginosa, localizada na dobra da flexão do joelho direito. Pouco depois, essa lesão foi-se desenvolvendo, tornando-se saliente, vegetante (framboesoma inicial), secretante, apresentando, em sua superfície, uma sero-crosta de aspeto "lardáceo", e com a forma de faixa semicircular, atingindo cêrca de 6 cms de diâmetro; com a involução central, ela tomou um aspeto arciforme.

Dois meses depois, surgiu nova lesão, eritêmato-escamosa, na região plantar direita, lembrando uma placa de epidermofícia, arredondada, eritêmato-escamosa, com cêrca de 7 cms de diâmetro.

Na dobra do joelho esquerdo, pequena lesão tumoral, pápulo-tuberosa, com cêrca de 2 cms de diâmetro.

Ao exame clínico, observamos: na dobra do joelho direito, uma extensa lesão ovalada, com cêrca de 6 x 4 cms, eritêmato-cicatricial, apresentando, nas bordas superior e inferior, lesões pápulo-crostosas arciformes.

Em tôrno desta lesão, observamos ainda pequenas lesões papulosas peripilares, acuminadas, liquenóides, disseminadas, estendendo-se em direção à perna (framboesides).

Na região plantar direita, extensa lesão arredondada, como se tivesse sido traçada a compasso, eritêmato-escamosa, de bordas nítidas.

Na dobra do joelho esquerdo, pequena lesão vegetante, arredondada, com cêrca de 2 cms de diâmetro, apresentando, em tôrno, lesão liquenóide.

Exame de sangue: sorologia positiva.

Pesquisa de treponema, em campo escuro: negativa.

Histopatologia: framboésia trópica.

COMENTÁRIOS:

Prof. J. Ramos e Silva — Inicia elogiando a capacidade do emérito trabalhador que é o Prof. Osvaldo Costa. Sugere, em seguida, a organização de um simpósio sôbre lúpus eritematoso, em face do franco progresso que se nota no aprofundamento dêsse tema. Reporta-se à classificação das formas clínicas do L.E., que teve há tempos ocasião de apresentar a esta mesma Sociedade e diz que, quanto às formas infiltradas de lúpus eritematoso, elas subdividem-se em três itens: o lúpus eritematoso túmido, que começa com Hoffmann, em 1908, e que se continua com Gougerot e Burnier, em 1931; o lúpus eritematoso hipertrófico, que se inicia com Lesser, em 1909, sôbre o qual há uma publicação recente de Bechet (1942); e, finalmente, o lúpus eritematoso profundo pròpriamente dito, que começa, sem dúvida nenhuma, com Kaposi, em 1869, e que foi redescoberto por Irgang e por Arnold. A êsse propósito, chama a atenção da Sociedade para o fato de que tudo que se refere ao lúpus eritematoso profundo se contém nesse trabalho inicial de Kaposi, de 1869 — a localização profunda, os nódulos hipodérmicos, a transformação progressiva dêsses nódulos hipodérmicos em lesões clássicas, por aderência aos planos superficiais da pele e o aspecto típico de eritematodes que as lesões podem assumir.

De maneira que, com essa comunicação, pode-se situar algumas das questões em debate. Com relação à adenopatia, não se justifica a criação de um tipo especial, pois ela é um fenômeno, senão constante, bastante freqüente, no lúpus eritematoso fixo. Quanto à questão da temperatura, acredita que uma temperatura subfebril, num caso com adenopatia múltipla, justifica-se melhor pela adenopatia do que pelas lesões cutâneas. E, finalmente, quanto ao aumento local da temperatura, tratando-se de uma lesão congestiva, em que há uma hipervascularização, ela deve, *a priori*, ser mais quente que a pele normal. A impressão do caso, ao qual se refere o autor da comunicação, é de que se trate de um lúpus eritematoso fixo clássico.

Prof. F. E. Rabelo — Apoia a idéia do Prof. Ramos e Silva, no sentido da realização de um simpósio sôbre o assunto, sugerindo que o Prof. Osvaldo Costa seja um dos relatores do assunto. Acentua a contribuição da Escola Brasileira no estudo do eritematodes.

Prof. H. Portugal — Refere que uma das lesões histológicas, constantes, nos casos de L. E. profundo, é a mucinose. Esta foi encontrada nos 3 casos que teve oportunidade de estudar — o caso do Prof. Osvaldo Costa, o do Prof. Ramos e Silva e um caso mais antigo, do Dr. Osvaldo Serra. Quanto à composição citológica, julga muito difícil estudá-la nos cortes incluídos em parafina, porém tem a impressão de que, nos casos subagudos, de localização profunda, domina o plasmócito, o que não é comum no crônico, nem se encontra no agudo.

Prof. Osvaldo Costa — Em conseqüência da aplicação do "esquema criteriológico" apresentado, relata observação de caso de eritematodes, discóide subagudo, no qual observou as alterações seguintes:

a) Calefrios episódicos, desânimo, astenia, dores reumatóides discretas na articulação do punho direito, dores espontâneas e provocadas no biceps direito, exacerbações e remissões das lesões "in loco".

b) Temperatura no interior das placas (Therm Cupler U.M.C.): 37.2°. Declara não possuir, ainda, elementos para concluir sôbre a utilidade da termometria elétrica nos casos de eritematodes, fixo ou discóide; por isso, limita-se a registrar o fato.

c) Temperatura geral (axilar): exibe um quadro termográfico, registrado durante 15 dias, no qual se observava uma curva febril, irregular, com temperatura máxima de 37°2. O registro da temperatura no eritematodes, discóide, apresenta grande interêsse.

d) Base: salienta o endurecimento, profundo e consistente, verificado nas placas. Não havia, porém, histològicamente, acometimento do hipoderma. Esse endurecimento basilar foi registrado por Brocq.

e) Gânglio satélite: a existência, no caso apresentado, de gânglio satélite, parotidiano, constitui o objetivo principal da comunicação. E' apresentada preparação histológica do referido gânglio.

f) Alterações ósseas: são exibidas radiografias nas quais se registram alterações ósseas, cujas interpretações dependem ainda de maiores e minuciosas investigações, a fim de se estabelecer as relações de identidade, entre o processo cutâneo e o ósseo.

Trata-se de questão exclusivamente observada por Schaumann; por isso, limita-se a comunicar o achado, aconselhando posteriores investigações naquele sentido. Pode informar, contudo, que alterações idênticas a dêste primeiro caso estão sendo por êle observadas.

Salienta, no entanto, que as referidas alterações ósseas se assemelham às registradas por Schaumann.

g) A paciente apresentava anemia, leucopenia e trombocitopenia discretas. A eritro-sedimentação estava algo elevada.

ESPOROTRICOSE VEGETANTE LINFANGITICA — Drs. Romeu V. Jacinto e J. Lisboa Miranda

E' apresentado paciente branco, com 16 anos de idade, que há 4 anos sofreu um traumatismo na região poplitéia, daí resultando a formação de lesão vegetante verrucosa. Em seguida a essa lesão, surgiram outras, progressi

vamente, com o mesmo aspecto, seguindo um trajeto linear descendente pela perna até o dorso do pé. A reação de Montenegro, a sorologia da lues, e a biópsia não esclareceram o diagnóstico, que sòmente foi elucidado pelo achado de Sporotrichum nas culturas de fragmentos das lesões.

E' solicitada a atenção para o fato da progressão descendente da afecção, levando-se em consideração a informação do paciente.

COMENTÁRIOS:

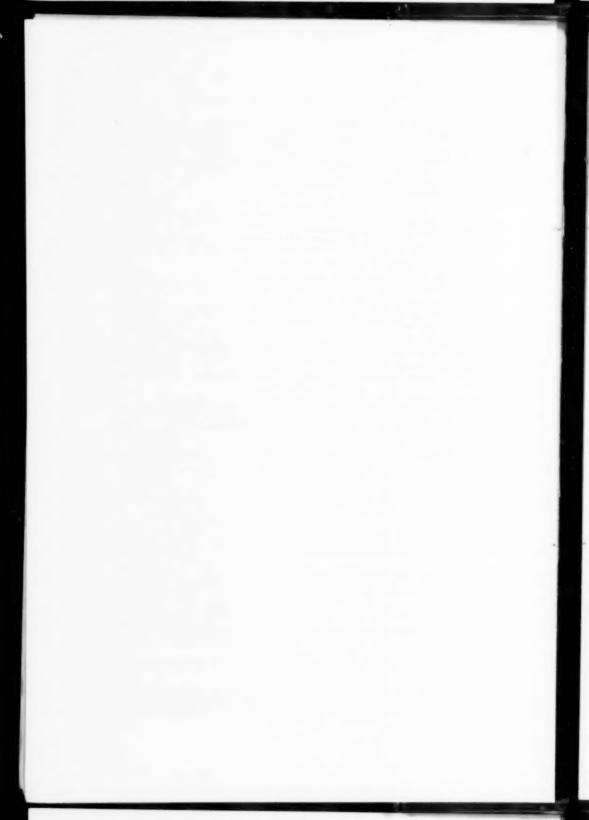
Prof. H. Portugal — Diz que, na face, as lesões são descendentes e, portanto, ao invés de se chamar linfangite nodular ascendente, melhor seria dizer linfangite nodular centripeta.

Prof. R. D. Azulay — Admitindo uma progressão linfangitica para o caso, teria que se supor uma exteriorização clinica posterior ao ataque do linfático.

CASO DE MICOSE DE LUTZ COM MANIFESTAÇAO LUPÓIDE DESABITADA (REAPRESENTAÇAO DO CASO) — PROF. O. COSTA e R. D. AZULAY

E' apresentado um caso de Micose de Lutz, comprovado com uma lesão lupóide da face, com granuloma tuberculóide e ausência de parasito na lesão. Na face posterior do faringe há uma lesão exulcerada granulosa e com pontilhado hemorrágico cuja biópsia revelou a presença do P. brasiliensis. A reação de Montenegro foi negativa, afastando, conseqüentemente, a possibilidade de uma associação. O tratamento pela sulfa tem feito sentir os seus beneficios tanto na lesão do faringe como na lesão lupóide da face. Conclui-se, pois, que a micose de Lutz pode dar lesões desabitadas no sentido de uma ide.

ERITEMATODES SUB-AGUDO LOCALIZADO (ACOMETIMENTO GANGLIONAR) E ESBÔÇO CRITERIOLÓGICO PARA A CARACTERIZAÇAO DAS FORMAS SUBAGUDAS, LOCALIZADAS, DO ERITEMATODES — PROF. OSVALDO G. COSTA

Apresenta esquema criteriológico como contribuição e norma que se deve adotar para o estudo do eritematodes.

Seção do Paraná

RESUMO DAS ATIVIDADES NO ANO DE 1952

Sessão de 30 de maio de 1952

Fundada a 28 de abril de 1952, a Seção do Paraná realizou sua primeira reunião no seguinte mês de maio, a qual constou de conferência intitulada "Orientação moderna no tratamento da sífilis" e proferida pelo Dr. Rubem D. Azulay, livre-docente e assistente das Clínicas dérmato-sifilográficas da Universidade do Brasil e da Faculdade Fluminense de Medicina.

Com a experiência e o desembaraço que lhe são peculiares, o conferencista abordou o tema sob seus mais variados aspectos para, no final, situá-lo dentro dos conceitos atuais da terapêutica, apresentando esquemas, a seu ver, realmente satisfatórios.

Sessão de 28 de agôsto de 1952

TRATAMENTO DA LINFOGRANULOMATOSE PELA AUREOMICIA — DR. E. B. RIBAS

O autor assinala os bons resultados obtidos com o antibiótico, no Serviço de Doenças Venéreas do Departamento Estadual de Saúde, na terapêutica daquela enfermidade.

EXULCERAÇAO TRAUMATICA DO CALCANHAR EM LACTENTES — PROF. R. N. MIRANDA

Esta comunicação foi publicada, na íntegra, nestes "Anais" (n. 3, vol. 27, de setembro de 1952).

Sessão de 23 de setembro de 1952

LUPUS VULGAR TRATADO PELA VITAMINA D2 — PROF. R. N. MIRANDA

O autor apresenta a observação de um caso de lúpus de Willan, sendo o primeiro a ser identificado, no Paraná, clínica e histològicamente. Evidencia os excelentes resultados obtidos com o tratamento, pelo método de Charpy e apresenta várias fotografias do doente.

ESCLERODERMIA DIFUSA — DRS. B. BERTOLLI e H. MEHL

Os autores apresentam observações de dois casos, um dos quais pertencentes à Clínica Dermatológica Universitária do Paraná. O que houve de mais interessante nos pacientes estudados, além do registro de casos pouco

freqüentes, foi o resultado terapêutico obtido com a associação de vitamina A a um para-simpaticotrópico (Dilvasene), revelando uma determinada ação favorável nos movimentos livres das extremidades e melhoria dos sintomas dolorosos.

Sessão de 14 de outubro de 1952

Pelo Sr. Presidente, Prof. R. N. Miranda é feito resumo detalhado do que foi a IX Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros, realizada na cidade de São Paulo. Dá conhecimento da escolha de Curitiba para sede da X Reunião, com os seguintes temas: pruridermias e esporotricose, sendo relatoras, respectivamente, as cátedras das Universidades do Brasil e do Paraná, e, como substituição ao terceiro tema, uma sessão de apresentação de casos clínicos. Participa, ainda, que foram, por êle, comunicados os três trabalhos encaminhados pela Seção do Paraná: "Farmacodermias", "Tratamento do lupus eritematoso pela Atebrina" e "Esclerodermia difusa".

Sessão de 30 de outubro de 1952

NOVAS OBSERVAÇÕES SÔBRE O TRATAMENTO DO ERITEMATODES PELA ATEBRINA — Drs. C. Cunha e J. Schweidson

Os autores exibem as observações de outros casos, além dos que constaram do trabalho apresentado ao ensejo da IX Reunião antes referida e nos quais confirmaram os efeitos favoráveis do anti-malárico corado no tratamento do lúpus de Cazenave, segundo estudos realizados na Clínica Dermatológica Universitária do Paraná.

XANTODERMIA CAROTÊNICA — Prof. R. N. Miranda

Relata observação de senhora que, após regime desregrado e rico em vegetais, apresentou coloração amarela da pele e das mucosas. Afastadas as outras possibilidades diagnósticas, foi o caso reconhecido como de carotenemia, embora a dosagem dessa pro-vitamina no sangue estivesse dentro da normalidade, na ocasião em que foi feita, isto é, quando já havia sido afastado o regime desregrado de alimentação.

Sessão de 12 de dezembro de 1952

CONSIDERAÇÕES SÔBRE O TRATAMENTO DO VITILIGO — Dr. J. Schweidson

O autor apresenta os resultados de suas observações a propósito de três casos dessa discromia, tratados pelo hormônio do lobo intermediário da hipófise. O medicamento foi injetado intradèrmicamente, ao nível das manchas, duas vêzes por semana, em tempo variável de alguns meses de tratamento, após o que foi observada uma repigmentação parcial das lesões.

A ESPOROTRICOSE ENTRE NÓS — Prof. R. N. Miranda

A comunicação feita foi a seguinte:

"Não foi possível encontrar na literatura médica paranaense qualquer trabalho ou comunicação sôbre esporotricose. O assunto das micoses, em nosso meio, vem nos interessando desde 1938 e fazendo com que tenhamos acumulado certo material que será divulgado oportunamente. Por agora, diremos alguma coisa sôbre esporotricose, como ponto de partida para os trabalhos nossos a serem elaborados para a X Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos

Brasileiros, a ser realizada nesta Capital, em dezembro do ano vindouro, e que tem, como um dos temas oficiais, a esporotricose.

A presente comunicação consta dos casos de nossos registros particulares e refere-se apenas aos seguintes anos: 1940, 1945, de janeiro de 1946 a dezembro de 1952. Os casos de 1946 a 1952 foram os melhores estudados e fazem parte de um total de 1.800 consultas fichadas nesse período de tempo; são êles em número de sete. Os outros casos — que são sete, também — foram registrados em 1940 (um dêles, em Curitiba) e 1945 (seis outros no Hospital Colônia São Roque, em Piraquara, todos ao mesmo tempo, em pequeno surto).

Analisando êsses quatorze casos, segundo os dados clínicos e epidemiológicos que apuramos, pode-se constatar o seguinte:

Formas clínicas: cutâneo-linfática (gomosa linfangítica ascendente), 11 casos; cutâneo-verrucosa, 1 caso; cutâneo-úlcero-vegetante, 1 caso; cutâneo-gomosa-circunscrita, 1 caso.

Localização segmentar da doença: membro superior, 9 casos; face, 4 casos; espádua, 1 caso.

Idade dos pacientes: adultos, 11 casos; crianças, 3 casos.

Sexo dos pacientes: feminino, 12 casos; masculino, 2 casos.

Procedência por localidades: Piraquara (H. C. São Roque), 6 casos; Curitiba, 4 casos; Ponta Grossa, 2 casos; Rio Negro, 1 caso; Antonina, 1 caso.

Parasitologia: foram tentadas culturas em seis casos. Em cinco, elas foram positivas, macroscòpicamente, sendo que em uma delas a espécie identificada (pelo Prof. Carlos Lacaz, a que externamos aqui o nosso agradecimento) foi "S. Schenkii".

Caráter mórbido: oito dos quatorze casos foram esporádicos, ocorrendo em épocas, localidades e domicílios diferentes. Os seis restantes foram observados, ao mesmo tempo e no mesmo domicílio (H. C. São Roque), em 1945, manifestando-se, primeiramente, em uma mulher, e, em seguida, em mais cinco outras, companheiras de serviço da primeira. Tôdas elas eram copeiras, doentes de lepra.

Pelo que se vê, a forma clínica mais comum foi a cutâneo-linfática (gomosa linfangítica ascendente); a esporotricose ocorre esporàdicamente em zonas e climas diferentes, atacando adultos, crianças, homens e mulheres.

Merece referência especial o surto da doença atacando seis pessoas num mesmo foco, o que é muito raro. Ao que parece, um dos casos adquiriu a esporotricose na natureza e transmitiu-a aos outros cinco, no ambiente profissional (copa), que exigia o manuseio comum de panos úmidos e diversos outros utensílios.

O tratamento feito em todos os casos foi à base de iodo, com resultados bons."

Nomenclatura Dermatológica Brasileira

Trombccitopenia aguda no curso da varicela. Ricardo Veronesi e Vicente Amato Neto. O Hospital, Rio de Janeiro 46:213 (set.), 1954.

Considerações em tôrno da reação de Chediak em pediatria. Washington Brasil Pereira da Silva, Izabel Cano Rodrigues, João Aguiar, Luiz Ferraz de Sampaio Jr., Enio Rodrigues Maia e Antônio Rosas. Hospital, Rio de Janeiro, 46:271(set.), 1954.

Considerações sôbre a nomenclatura do gênero Leishmânia. Fernando Marques Lima. O Hospital, Rio de Janeiro, 46:331(out.), 1954.

Caso de forma ulcerosa da angiodermite pudpúrea e pigmentada tratada pela vitamina P associada à C. Josefino Aleixo. Hospital, Rio de Janeiro, 46:377(out.) 1954.

Considerações sôbre um caso de psoriase congestiva. Armin Niemeyer Rev. méd. do Rio Grande do Sul 10:336(jul.-ag.), 1954.

Mixoma congênito do escrôto. Afiz Fadi, Alvaro Figueiredo Filho, Sanida Abdalla, Ricardo Vagnotti, Osvaldo Meng e José Carlos Neves. Arq. Méd. municipais, de São Paulo, 6:55(abr.-jun.),1954.

Retículo-sarcoma da glândula de Bartholin. W. de Souza Rudge e Bernardo Blay. Maternidade e Infância, 12:429(out.-dez.), 1953.

Síndrome pós-flebítica dos membros inferiores. Nova concepção fisiopatológica. L.E. Puech Leão. Rev. paulista de med., 45:363(set.3,1954.

Sôbre a conservação da emulsão do antígeno de cardiclipina para a reação de microfloculação V.D.R.L. Durval Rosa Borges e Lídia Di Santo. Rev. paulista de med., 45:327(set.), 1954.

Dois casos de actinomicose curados com a di-hidro-estreptomicina. Paulo Alvaro. Hospital, Rio de Janeiro, 46:655(de .), 1954.

Contribuição à terapêutica do tifo exantemático neotrópico no Brasil. Otávio de Magalhães. Brasil-méd., 68:13(jul.), 1954.

O problema da legra no Brasil. H.C. de Sousa Araújo, Arq. mineiro de leprol., 14:79(abr.), 1954.

Considerações sôbre o contrôle de endemia leprótica. Josefino Aleixo, José Stancioli e Nagib Saliba, Arq. mineiro de leprol., 14:90(abr.), 1954.

Tinha toncurante. Deior Luiz Ferreira. Arq. mineiro de leprol., 14:95 (abr.) 1954.

Análise epidemiológica dos doentes fichados no Município de Jacutiga, Ivone Marcondes Reis. Arq. mineiro de leprol., 14:98(abr.),1954.

Avaliação sorológica da lues. Luis Migliano. Bol. do Sanat. São Lucas, 16:51(out.3,1954.

Nesta lista bibliográfica são incluidos os trabalhos sôbre dérmato-sifilografia e assuntos correlatos, elaborados no país ou fora dêle, porém publicados nos periódicos nacionais, por nós recebidos.

Análises

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO-TOPOGRAFICO DE 135 CASOS DE ECZEMAS DE CONTACTO. LAIN PONTES DE CARVALHO. *Brasil-méd.*, 69:8(jan.),1955.

São fornecidos os principais dados extraídos de 135 casos de portadores de eczema de contacto, cujos alergenos foram bem definidos e comprovados clinicamente.

Para analisar as relações entre a localização dos eczemas de contacto e os alergenos são êstes separados em 5 grupos: profissionais, por cosméticos, por indumentária, por medicamentos tópicos e domésticos; e em 2 tipos: Tipo A e Tipo B. Tipo A são chamados os alergenos sólidos, que não se espalham, que limitam a lesão; e, Tipo B, os que se espalham quando em contacto com o indivíduo e que não localizam a lesão. O corpo humano é dividido em 4 partes: cabeça, tronco, membros superiores e membros inferiores. A divisão do corpo humano em sòmente 4 setores tem por base o fato da maioria dos alergenos serem do tipo B (71.86%).

Confiando no valor estatístico das prevalências achadas, após cálculos de média quadrática e desvio padrão, foi possível chegar às seguintes conclusões:

1.º) — O eczema de contacto da face, do pescoço, ou da face e pescoço é provàvelmente produzido por cosméticos.

2.º) — O eczema dos membros superiores, atingindo ou não outra parte do corpo, é provàvelmente um eczema profissional.

A seguir são relacionados os eczemas de contacto achados, chamando especial atenção para a alta sensibilização encontrada a certas substâncias:

a) nos eczemas profissionais — ao bicromato de potássio (29.16%);
b) nos eczemas por cosméticos — ao esmalte (46.80%);
c) nos eczemas por indumentária — à parafenilenodiamina (39.13%); e
d) nos eczemas por medicamentos tópicos — ao radical para-aminobenzóico (69.23%).

Resumo do autor

ESTUDO DAS MICIDES. LAIN PONTES DE CARVALHO. *Brasil-méd.*, 69:134 (mar.),1955.

De início são consideradas como condições essenciais para um diagnóstico de micides as seguintes: 1.º) presença de um foco primário micótico; 2.º) reação positiva, local e focal, aos antígenos micóticos; e 3.º) regressão da reação segunda, como conseqüência da cura clínica da micose.

São estudados de uma maneira sucinta as micoses mais comumente causadoras de micides, assim como estas nos seus diferentes aspectos de apresentação.

São tecidas considerações sôbre os testes micóticos, sendo dadas as técnicas de realização especial do autor, o modo de leitura e a interpretação dos resultados, em face de observações realizadas em 56 pacientes suspeitos de micides e onde foram encontrados 17 testes positivos para tricofitina e 15 para levedurina.

E' apresentado, então, o tratamento local das micoses e das reações segundas, o tratamento geral e a dessensibilização específica da qual dá a técnica de realização.

Resumo do autor

PRURIDERMIAS E PARASITOSES INTESTINAIS. I — PRURIDERMIAS E ESQUISTOSSOMOSE. NEWTON A. GUIMARÃES, OTÁVIO G. AGUIAR e CÍCERO GERALDO CARNEIRO. *Hospital,* Rio de Janeiro, 47:409(abr.),1955.

Os autores apresentam os resultados preliminares de um trabalho destinado a investigar o papel de parasitas intestinais como causa de manifestações cutânes, por um mecanismo de sensibilização.

Esta primeira publicação diz respeito às relações entre a esquistossomose (S. mansoni) e certas dermatoses do grupo das pruridermias.

São apresentados doze casos que haviam sido submetidos a tôda a medicação dermatológica indicada, sem que houvessem obtido qualquer benefício, e nos quais, após a verificação da presença de ovos de S. mansoni nas fezes e teste intradérmico positivo com o respectivo antígeno, foi realizado o tratamento da referida parasitose. Êste último tratamento levou à cura completa do processo cutâneo em cinco casos, e considerável melhora em todos os demais.

Resumo dos autores

O TRATAMENTO DA ÚLCERA TROPICAL COM UMA ÚNICA INJEÇÃO DE PENICILINA PROCAINA EM ÓLEO COM MONOESTEARATO DE ALUMINIO (THE TREATMENT OF TROPICAL ULCER WITH A SINGLE INFECTION OF PROCAINE PENICILLIN IN OIL AND ALUMINUM MONOESTEARATE — PAM. LEO ZIPRKOWSKI, CHARLES R. REIN e DELMAS K. KITCHEN. *AMA Arch. Dermat.*, 71:120(jan),1955.

O tratamento da últera tropical, com uma injeção de 1.200.000 unidades de penicilina procaína em óleo com monoestearato de alumínio, mostrou grande eficácia. Em cêrca de 10 dias, as úlceras estavam pràticamente cicatrizadas, sendo de notar que, localmente, apenas foram utilizados curativos com sôro fisiológico.

Essa forma de tratamento é de fácil administração, econômica e segura; não necessita de internação e não depende do doente usar corretamente medicações por via oral ou qualquer outro tipo de aplicação.

Será um método muito valioso para tratamento, em massa, em áreas rurais endêmicas.

A. PADILHA GONÇALVES

AÇÃO "IN-VITRO" DO ANTIMONIATO DE N-METILGLUCAMINA SÔBRE O SPOROTRICHUM SCHENCKII E O PARACOCCIIOIDES BRASILIENSIS. CARLOS DE SILVA LACAZ. *Folia clin. et biol.*, 21:229(abr.),1954.

Foi utilizado o antimoniato de N-metilglucamina em solução aquosa a 30%.

O meio de cultura empregado foi o caldo Sabouraud com pH-4,8, incubado à temperatura ambiente. Utilizaram-se 8 séries de tubos de cultura, cada série contendo respectivamente as seguintes concentrações do sal de antimônio em mgr por cc:1.5-3-6-9-12 e 15.

Cinco amostras de S. Schenckii e 5 de P. brasiliensis foram submetidas a ensaio, observando-se cada semeadura durante 2 meses.

Não exerceu o N-metilglucamina, nas condições do experimento realizado, ação fungistática sôbre qualquer dos 2 fungos, não se podendo, portanto, explicar, por êste mecanismo, o resultado favorável observado clinicamente dêsse sal de antimônio em alguns casos de esporotricose.

A. PADILHA GONÇALVES

Notícias

Doenças venéreas

ATIVIDADES DO SERVIÇO DE DOENÇAS VENÉREAS DA PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL, NO 4.º TRIMESTRE DE 1954

	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
DISPENSARIOS			
Casos diagnosticados	1.014	986	806
Sífilis	307	281	206
Sífilis primária	46	44	30
Sífilis secundária	8	11	8
Outras formas	250	226	57
Gonorréia	389	377	336
Cancro venéreo	246	241	219
Linfogranuloma	72	85	45
Granuloma venéreo	—	2	—
Total de comparecimentos de doentes	6.601	6.110	6.083
Exames de 1.ª vez	1.916	2.117	1.633
Exames de laboratório realizados nos Dispensários	610	585	707
Injeções aplicadas	4.162	4.272	4.800
HOSPITAL EDUARDO RABELO (C.T.R.)			
Pacientes hospitalizados	50	58	43
Altas	43	63	42
Exames de laboratário realizados no Hospital	643	715	75
Injeções aplicadas	965	1.184	596
LABORATÓRIO CENTRAL DE SOROLOGIA			
Reações sorológicas	4.420	4.930	4.173
SEÇÃO DE INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA			
Contatos registrados	71	18	33
Visitas feitas a contatos	39	26	19
Visitas para recuperação de faltosos	61	24	34

SEÇÃO DE MINAS GERAIS

Segundo notificação recebida, por esta revista, da Associação Médica de Minas Gerais, para dirigir, no corrente ano, a Seção mineira da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia (Departamento de Dermatologia da A.M.M.G.), foi eleita a seguinte Diretoria: Presidente, Dr. Tancredo Alves Furtado; Vice-Presidente, Dr. João Gontijo Assunção; Secretário Geral, Dr. Ulisses Castanheira de Carvalho; 1.º Secretário, Dr. Cid Ferreira Lopes; 2.º Secretário, Dr. Mário Antídio de Almeida; Tesoureiro, Dr. Gustavo Ferreira de Paiva, Bibliotecário, Dr. Acúrcio Lucena Pereira; Representante junto ao Conselho Científico da A.M.M.G., Prof. Osvaldo Costa; e Representante junto à Revista da A.M.M.G., Prof. O. Orsini de Castro.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LEPROLOGIA

Na forma de comunição feita a êstes "Anais", a A.B.L. elegeu os especialistas a seguir indicados para constituirem seus órgãos dirigentes no biênio 1955-1956:

Diretoria: Prof. J. Ramos e Silva, Presidente; Dr. João Batista Risi, 1.º Vice-Presidente; Dr. Paulo Cerqueira Pereira, 2.º Vice-Presidente.

Conselho Consultivo: Drs. Alfredo Bluth, Aureliano de Moura, Ernani Agrícola, Hildebrando Portugal, José de Moura Rezende, Lauro de Souza Lima, Nelson Souza Campos, Olavo Lira e Orestes Diniz.

Comissão de Finanças: Drs. Artur Pôrto Marques, Lígia Madeira Cezar de Andrade e Rubem David Azulay.

COLAGENOSES

Acham-se abertas, à av. Nilo Peçanha, 38 — 10.º, entre 8 e 11 hs., as inscrições ao Curso Especial sôbre "Colagenoses em Dermatologia", a ser realizado, de 16 a 30 de junho vindouro, pelo Departamento de Clínica Dermatológica (Prof. J. Ramos e Silva) da Escola de Aperfeiçoamento Médico da Policlínica Geral do Rio de Janeiro.

CURSO DE DERMATOLOGIA

No período de 2 de maio a 12 de novembro do corrente ano, a cátedra de Dermatologia da Universidade de Buenos Aires realizará, para médicos, curso completo da especialidade, sob a orientação do Prof. Luis E. Pierini e ao fim do qual serão expedidos diplomas.

As inscrições para tal curso, totalmente gratuito, deverão ser efetuados no Departamento de Graduados da Faculdade de Ciências Médicas da capital argentina (Paraguai, 2.155), sendo facultado fazê-las por carta aos não graduados pela referida Universidade.

CONGRESSO DE ALERGIA

Sob o patrocínio da Associação Internacional de Alergologia e promovido pela Sociedada Brasileira de Alergia, terá lugar, no Rio de Janeiro, de 6 a 13 de novembro do corrente ano, o II Congresso Internacional de Alergia, com o seguinte temário:

1 — Histamina e mecanismo das reações alérgicas
2 — Alergia medicamentosa
3 — Imunologia e alergia
4 — Asma
5 — Alergia dermatológica

6 — Helmintíases
7 — Lepra e tuberculose
8 — Hormônios e alergia
9 — Tratamentos específicos e não específicos em alergia
10 — Aspetos psico-somáticos da alergia.

Funcionará, na av. Rio Branco, 277-9.º, sala 904, a Secretaria Geral do certame, à qual poderão ser solicitados maiores esclarecimentos a respeito do mesmo e onde serão feitas inscrições, sujeitas à taxa de Cr$ 1.000,00.

DR. MONROE J. ROMANSKY

E' com prazer que registramos a estada, no Rio de Janeiro, em dias do presente mês de março, do Dr. Monroe J. Romansky, Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade de Washington, o qual, no Departamento de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, pronunciou interessante conferência, intitulada "Princípios e fatores que influenciam a terapêutica com os antibióticos".

SOCIEDADE CUBANA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

Conforme notificação recebida por êstes "Anais", foi eleita para, no corrente ano, dirigir essa Sociedade, a seguinte Diretoria: Presidente, Dr. José D. Mesa Ramos; Vice-Presidente, Dr. René Leonard Capote; Secretário, Dr. Guillermo González Peris; Vice-Secretário, Dr. Carlos Castanedo Pardo; Tesoureiro, Dr. Adolfo Garcia Miranda; e Vice-Tesoureiro, Dr. Juan M. Haedo Medina.

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, os quatro números anuais, um volume.

Consta da matéria de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio de Janeiro e nas seções estaduais, da Sociedade.

Sua assinatura anual importa em Cr$ 200,00, para o Brasil, e Cr$ 240 00 para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 60,00 na época, e de Cr$ 70,00, quando atrasado.

Tôda a correspondência, concernente tanto a publicações como a assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçada ao encarregado geral, Sr. EDEGARD GOMES, por intermédio da caixa postal 389, Rio de Janeiro (telefones: 32-1347 e 42-6540).

Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando, conseqüentemente, à propriedade plena dos seus autores. Êsses trabalhos deverão ser datilografados, em espaço duplo trazendo no fim a assinatura e o endereço dos autores. As indicações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas indicações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Commulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, título do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês, ou dia e mês se o periódico fôr semanal, e ano. A citação de livros será feita na seguinte ordem: autor, título, edição, local da publicação, editor, ano, volume e página. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo da matéria.

As ilustrações que acompanharem os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes, bem como as que forem coloridas, correrão por conta dos autores, que serão consultados a respeito. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o título do trabalho.

A abreviação bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil. de dermat. e sif.*

VOL. 30 (1955) — N. 1 (Março)

TRABALHOS ORIGINAIS:

JORNAL DO COMMERCIO — Rodrigues & Cia. — Av. Rio Branco, 117 — Rio de Janeiro — 1955